

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1902-1903. — N° 145

LE

CORYZA DIPHTÉRIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 21 Février 1903

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ERNEST VIEILLARD

*Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon
et du Service des diphthériques de l'Hôpital de la Charité*

Né le 17 septembre 1876, à Larochemillay (Nièvre)



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

14, rue Bellecordière, 14

1903



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1902-1903. — N° 145

LE
CORYZA DIPHTÉRIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 21 Février 1903

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ERNEST VIEILLARD

*Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon
et du Service des diphtériques de l'Hospice de la Charité*

Né le 17 septembre 1876, à Larochemillay (Nièvre)

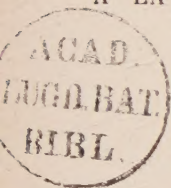


LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

14, rue Bellecordière, 14

1903



PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES
MM. PAULET, CHAUVÉ.

PROFESSEURS	
Cliniques médicales.....	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.....	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BARD
Clinique ophtalmologique.....	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques...	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales.....	FOCHIER.
Clinique des maladies des enfants.....	GAYET.
Physique médicale.....	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.....	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.....	WEILL.
Matière médicale et Botanique.....	MONOYER.
Parasitologie.....	HUGOUNENQ.
Anatomie.....	CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.....	FLORENCE.
Physiologie.....	LORTET.
Pathologie interne.....	TESTUT.
Pathologie externe.....	RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.....	MORAT.
Anatomie pathologique.....	TEISSIER.
Médecine opératoire.....	AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.....	MAYET.
Médecine légale.....	TRIPPIER.
Hygiène.....	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.....	ARLOING.
Pharmacologie.....	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.).
	SOULIER.
	X...

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes.....	MM. POLLOSSON (A.), agrégé.
Maladies des voies urinaires.....	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS, —
Propédeutique médicale.....	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.....	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique.....	DEVIC, —
Physiologie.....	DOYON, —
Accouchements.....	FABRE, —
Botanique.....	BEAUVISAGE, —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX.	VALLAS.	NOVÉ-JOSSERAND.	CHATIN.
COLLET.	SIRAUD.	BERARD.	VILLARD.
BOYER.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BARRAL.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
MOREAU.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
			CAUSSE, ch...

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. VEILL, Président ; M. ROUX, Assesseur ;
MM. DURAND et COURMONT (P.), Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA SCEUR

A MES AMIS

A MES MAITRES

DANS LES HOPITAUX ET A LA FACULTÉ

PREFACE

Sous l'inspiration de M. le Dr Rabot, médecin des hôpitaux de Lyon, dans le service de qui nous avons eu la bonne fortune de passer six mois de notre externat, nous avons entrepris l'étude du coryza diphthérique; c'est cette étude qui fait le sujet de cette thèse de doctorat, sujet des plus vastes, si l'on songe seulement aux nombreuses complications capables de surgir au cours de cette affection. Ce sujet demandait, en outre, quelque expérience clinique, des connaissances acquises sur la diphtérie, de la précision; pour ces raisons, nous craignons d'être resté bien loin du but idéal que nous pouvions nous proposer d'atteindre.

Néanmoins, nous nous estimerons fort satisfait, si à l'aide de nos modestes ressources et de quelques documents épars recueillis çà et là dans les différents

auteurs, nous avons su traiter ce sujet de façon à nous mettre à l'abri de toute critique.

M. le Dr Rabot a bien voulu nous aider de ses conseils et nous communiquer deux observations (Obs. XIX et XX). Nous le prions de croire à notre plus sincère reconnaissance.

INTRODUCTION

Si J. Grancher, faisant allusion au mode de contagion de la diphtérie, s'exprime ainsi :

« La porte d'entrée du bacille de Loeffler est habituellement la gorge ; de là, le bacille se propage aux cavités voisines (fosses nasales — oreille moyenne) — à l'arbre aérien..... » (Art. Diphtérie — Traité de Médecine et de thérapeutique de Brouardel, 1895),

Dieulafoy dit lui-même, dans son manuel de pathologie interne, à l'article concernant la diphtérie :

« L'angine n'est pas toujours la manifestation initiale de la diphtérie. Elle succède assez souvent à une diphtérie des fosses nasales qui évoluait depuis quelques jours et qui était passée pour ainsi dire inaperçue. »

Tel est bien là, le coryza diphtérique primitif ou isolé, évoluant insidieusement et d'autant mieux que

comme le dit encore si bien le même auteur.

« Les cavités nasales sont un excellent terrain de culture pour le bacille diphtérique, il s'y développe, et il y fabrique sa toxine dans les meilleures conditions; rien ne lui manque, température égale et apport incessant de l'air par la respiration nasale, tout cela ressemble au procédé imaginé par Roux pour la fabrication de la toxine. ».

Déjà Roger, en 1858, avait dit : « il n'est pas rare de voir l'angine couenneuse débiter par un coryza ».

M. Sevestre croit aussi que très souvent le coryza précède l'angine.

Il ne faudrait cependant pas être trop absolu et ne voir dans la diphtérie nasale, erreur commise par quelques-uns des premiers qui ont étudié vraiment la diphtérie à un point de vue clinique, le point de départ immuable de toute angine diphtérique.

On sait, en effet, que Bretonneau (*Traité de la diphtérie*, 1826), voulait que la propagation de cette maladie se fasse invariablement des parties les plus élevées aux parties les plus déclives, des fosses nasales au pharynx, du pharynx au larynx, puis aux bronches et il insiste à plusieurs reprises, dans une lettre à Blache et à Guersant (*Arch. générales de Médecine*, tome V et VI), sur le coryza précurseur, selon lui, de l'angine et signe évident de complications sérieuses éloignées, de sorte que, pour lui, comme le dit fort bien Sanné (*Traité de la diphtérie*, Paris, 1877) « les fosses nasales étaient le nid d'où sortait la diphtérie ».

Il y avait, certes, là, déjà ce qu'on pourrait appeler

un progrès : car si Severino, au XVI^e siècle, puis Sgambati, au XVII^e, signalèrent l'apparition d'un écoulement nasal constitué par un ichor âcre, irritant et sanguinolent au cours de la diphtérie, ils en méconnurent la nature. Huxham lui-même, vers l'année 1750, ayant assisté à une épidémie qui régnait à Plymouth, signale bien un certain nombre de cas, où l'on trouvait la fétidité de l'haleine, la voix creuse et enrouée, la dyspnée, le sifflement laryngo-trachéal, etc..... et le coryza ! Mais, pour lui, de quelle nature était ce coryza ? Si Marteau de Grandvilliers, dans la relation de l'épidémie d'Aumale (1748), fait allusion au cas où « l'aphte gagne la membrane pituitaire » pour donner une description de l'écoulement ichoreux qu'elle provoque, Chalmer, exerçant dans l'Amérique du Nord, signale des cas semblables. Quant à Home, étudiant spécialement en 1765 les complications laryngées de cette affection, il ne semble même pas avoir entrevu le lien étroit qui rattache croup, angine, coryza. Samuel Bard semblerait peut-être avoir mieux saisi ce lien, mais ses travaux restèrent à l'état d'ébauche et n'eurent pas d'écho.

A cette époque, où la plupart des auteurs décrivirent le croup comme une affection spéciale du larynx, on eut le tort de « méconnaître les idées si justes des anciens » tels qu'Arétée de Cappadoce, Galien, Coelius Aurelianus, Aetius Amide, qui « paraissent avoir entrevu la propagation de l'inflammation des amygdales au larynx et à la trachée ». Mais ces derniers avaient-ils entrevu la propagation possible du mal des fosses nasales à la gorge, et réciproque-

ment la possibilité d'une propagation inverse ?..... Il nous est difficile de répondre sur ce point spécial.

Cependant, pour revenir aux idées de Bretonneau, il faut bien dire que si cet ordre de propagation de la diphtérie était évident dans les épidémies de Touraine, observées par lui, beaucoup d'observateurs, Boudet, Vauthier, Rilliet, Barthez, Isambert, Nau-court, Axenfeld, Empis, Millard, Créquy, Bouillon-Lagrange, Bergeron, Blondeau, Hache, etc., signa-lèrent des faits contradictoires.

Et depuis, la bactériologie, par la découverte du bacille diphtérique, est venue jeter la lumière sur cette question ; avec Klebs et Löffler, en effet, il n'est plus nécessaire, comme Bretonneau était en quelque sorte obligé de le faire, de recourir à la loi de la pesanteur et d'admettre une sorte d'auto-ino-culation, de contamination successive des parties les plus déclives par un produit de sécrétion des surfaces malades. La constatation d'angines primitives est devenue chose banale et regardée même comme une règle. Dans beaucoup de cas aussi, on a dû signaler des croups primitifs ; « souvent, dit en effet, Rilliet, les fausses membranes se développèrent sur le pharynx postérieurement aux symptômes laryngés ». Bien plus, il y eut des cas où la bronchite pseudo-membraneuse apparut avant le croup, si bien que Rilliet et Barthez (*Traité clinique et pratique des maladies de l'enfance*, 1853) ont pu écrire : « M. Bre-tonneau a insisté d'une manière toute particulière sur cette loi de succession : apparition d'abord de l'angine ou du coryza, puis de la laryngite, puis de

la bronchite, et sur cette marche envahissante de haut en bas. Elle est loin, cependant, d'être invariable; souvent un des anneaux de la chaîne manque, souvent le développement se fait dans un ordre inverse des bronches au pharynx; plus souvent encore, il a lieu simultanément en ces différents points ». La loi édictée par Bretonneau doit donc être infirmée en tant que règle absolue.

De plus, nous savons actuellement par la clinique qu'une angine diphtérique primitive peut se compliquer de coryza, complication, du reste, fréquente : de sorte que, le fait n'est plus douteux aujourd'hui, l'infection peut également suivre la voie inverse à celle tracée par l'illustre maître, dont nous avons cité plus haut le nom, et s'étendre facilement de pharynx à trompe d'Eustache, de pharynx à fosses nasales.

Or, si comme nous venons de le voir, les affections diphtériques peuvent facilement passer de la muqueuse du pharynx à celle qui revêt les fosses nasales et les organes qui y sont contenus, et si la propagation inverse peut également se produire, la conjonctive et la pituitaire que le canal nasal unit par des liens aussi étroits que ceux qui unissent le nez et la gorge, sont sujettes aux mêmes chances d'infection réciproque vis-à-vis du bacille de la diphtérie.

Telle est la diphtérie par *propagation*, où le mal se propage spontanément d'un point à un autre. Nous l'opposons à *l'auto-contagion*, par le sujet lui-même qui, infecté dans une région, s'infecte lui-

même dans une autre région, que le mal abandonné à lui n'eût jamais atteinte. C'est le cas de la diphtérie nasale, consécutive par exemple à une diphtérie cutanée, à une vulvite diphtérique, et inversement, c'est le cas de la diphtérie cutanée ou d'une vulvite diphtérique consécutives à un coryza diphtérique.

Ainsi le coryza diphtérique peut être :

1^o) *primitif*, c'est-à-dire apparaître d'emblée et non consécutivement à une manifestation diphtérique quelconque, dans une région quelconque, surgir *isolément* : s'il ne s'étend pas, c'est le coryza *primitif isolé*.

2^o) *secondaire* :

- a) à une angine diphtérique ;
- b) à une conjonctivite diphtérique ;
- c) à une infection diphtérique siégeant dans quelque partie du corps.

Mais n'ayant en vue que la diphtérie du nez par rapport à celle de la gorge, nous dirons un coryza *primitif*, quand il précédera l'angine, le croup ou la bronchite, sans nous inquiéter des manifestations oculaires ou cutanées possibles ; et, comme d'autres auteurs donnent à cette manifestation diphtérique le nom de *coryza isolé*, nous emploierons indifféremment ces deux expressions, nous dirons le *coryza secondaire*, seulement quand il succédera à des accidents diphtériques du côté du gosier, du larynx et des bronches.

Quant à la conjonctivite précédant ou suivant le

coryza, nous y ferons allusion dans quelques chapitres.

Abandonnant définitivement la théorie de Bretonneau, qui voulait que, lorsque la diphtérie atteint la peau, l'extension se fasse aussi vers les parties déclives « de l'épaule au bras, de la nuque au dos, du ventre aux lombes, du mamelon au reste du sein », nous n'établirons que des rapports très éloignés entre la diphtérie du nez et de la peau, de celle de la vulve ou de l'anus, la diphtérie de ces différentes régions évoluant indépendamment de la diphtérie des fosses nasales.

CHAPITRE PREMIER

Données anatomiques

Nous croyons qu'il serait fastidieux et inutile de donner, au début de cette thèse, une description anatomique complète des fosses nasales.

Qu'il nous suffise de rappeler que l'intérieur de ces cavités est revêtu dans toute son étendue par une muqueuse, la pituitaire ou membrane de Schneider. A l'état normal, cette muqueuse est épaisse, rouge ou rosée sur les cornets. Mais, d'après un certain nombre d'auteurs, tels que Rilliet et Barthez, Gubler, Isambert, Laboulbène, Axenfeld, Moldenhauer, et contrairement à l'avis de Sanné et de Bretonneau, sous l'influence de l'exudat pseudo-membraneux, cette membrane s'ulcère facilement et les ulcérations ainsi produites sont, en général, superficielles; cependant, suivant le degré plus ou moins grand de compression vasculaire produit par cet exsudat, il se fait une nécrose

plus ou moins profonde ou plus ou moins étendue, ce qui peut être ensuite la cause d'adhérences par exemple entre le cornet inférieur et le septum, comme ce fut le cas d'un malade d'Hartmann et d'un autre de Seifert (cités par Glatard, thèse de Paris, 1902).

La pituitaire ne se borne pas à revêtir simplement l'intérieur des fosses nasales, elle pénètre également dans toutes les cavités annexes : c'est ainsi qu'elle aborde le sinus sphénoïdal au niveau de son orifice situé à la partie antéro-supérieure du corps du sphénoïde et qu'elle en « tapisse les parois irrégulières pour s'y perdre en innombrables replis ». Nous rappellerons, à ce propos, que Zuckerkandl a signalé dans certains cas, l'existence de déhiscences d'ordre physiologique de la paroi du corps de cet os (d'après la thèse de L. Marland, Lyon 1900); le revêtement du sinus est ainsi mis en contact à ce niveau avec la dure-mère de la fosse crânienne moyenne. Cette notion anatomique explique les graves complications capables de survenir au cours d'une diphtérie nasale à tendance ulcéreuse, dans une région si voisine des méninges et du cerveau (Ertel et Pierret ont, en effet, étudié et décrit au cours de la diphtérie une méningite bulbo-spinale pseudo-membraneuse), et si Nasiloff « a pu voir le vomer complètement dénudé, comme rongé à sa surface », si Baumgarten (*Perforation der Nasencheidwand nach diphteritis. — Wiener med., Woch.*, 1899, n° 51, p. 2039) « a même pu observer une perforation de la cloison » « nous croyons que les parois du sinus sphénoïdal elles-mêmes ne sauraient rester à l'abri des atteintes du processus nécrobioti-

que, bien que Zuckerkandl ait prétendu (hypothèse démontrée fautive ultérieurement par les constatations de Wolf sur le cadavre) « que la muqueuse des sinus, en raison de sa structure spéciale ne peut être le siège d'un exsudat ».

Après avoir tapissé, de haut en bas, les deux faces du cornet supérieur et la face externe du méat supérieur, la membrane de Schneider se prolonge à travers un ou plusieurs orifices dans les cellules ethmoïdales postérieures « véritables nids d'abeilles où la muqueuse envoie force prolongements en cul-de-sac », puis elle ferme le trou sphéno-palatin en s'appliquant sur lui. Revêtant ensuite le cornet et le méat moyens, elle pénètre d'une part dans le sinus maxillaire « dont l'orifice est déjà considérablement rétréci sur le squelette osseux par l'apophyse unciforme de l'ethmoïde qui le croise en diagonale et lui envoie des aiguilles osseuses, le divisant en autant d'orifices secondaires » et se trouve réduit sur le vivant à l'état d'un simple « pertuis de 3 à 5 millimètres qui surplombe le promontoire de Zoja (*bulle ethmoïdalis* de Zuckerkandl, *bulle de Verga*) », d'autre part, dans les cellules ethmoïdales antérieures, et le sinus frontal par l'orifice de l'infundibulum—enfin, l'organe de Jacobson lui-même, ce simple vestige embryonnaire reçoit, lui aussi, un prolongement de la muqueuse: du reste, il n'est pas l'organe le moins souvent intéressé. Ainsi, « chez une jeune fille de 16 ans, observée par Anton (1) et atteinte de diphtérie nasale, qui mourut de

(1) Die diphterie der nase, Léna, 1897.

septicémie, l'exsudat fibrineux s'était insinué dans la portion antérieure du conduit au point de le dilater et de l'obstruer complètement ; un plus mince prolongement pseudo-membraneux s'étendait même jusqu'au fond du cul-de-sac, le long d'une paroi du conduit ». La muqueuse nasale quitte le méat moyen pour revêtir le cornet et le méat inférieurs ; elle se continue là par l'orifice du canal nasal avec la muqueuse de ce conduit et par son intermédiaire avec la conjonctive. Cette donnée anatomique nous éclaire sur la fréquence des complications oculaires au cours de l'affection que nous étudions car, s'il faut en croire Trousseau, la propagation de l'exsudat diphtérique des fosses nasales à la muqueuse palpébrale est commune. « Cette lésion des paupières, dit-il, est assez fréquente pour que, chaque année, à l'Hôpital des Enfants, on en observe des exemples, principalement dans la forme maligne de la diphtérie ». Cette complication a même un pronostic grave, puisqu'elle peut avoir pour conséquence la perte des yeux, et qu'elle est ordinairement la manifestation d'une diphtérie maligne.

Le revêtement du plancher se continue insensiblement avec la peau, souvent le siège à ce niveau, dans le coryza diphtérique, de croûtes sanguinolentes, d'eczéma, de rougeur, d'excoriations, de fissures qui peuvent devenir le point de départ d'un érysipèle. En arrière, elle se confond avec la muqueuse du pharynx, c'est par là que le mal peut passer du nez à la gorge ; mais quelquefois « la propagation, empruntant seulement les parois latérales du pharynx

ou la partie postérieure des piliers, atteint le larynx sans intéresser la gorge, déterminant ainsi le fameux croup d'emblée qui n'est, en réalité, que la conséquence de la diphtérie nasale méconnue ». C'est ainsi qu'Hutinel et Martin trouvèrent, à l'autopsie d'un enfant atteint de rougeole et mort de croup après avoir présenté avant sa rougeole des signes de coryza diphtérique « une fausse membrane étendue en couche continue depuis les choanes jusque dans le larynx et la trachée, sans que la gorge fût intéressée ». En même temps qu'elle se continue avec la muqueuse du voile du palais, la muqueuse nasale affecte des rapports intimes avec celle qui tapisse l'intérieur de la trompe d'Eustache ; on comprend aisément l'importance clinique de cette donnée, et l'on n'est pas étonné de voir que Wendt signale, dans trois cinquièmes des cas, les manifestations auriculaires et que sur vingt-deux cas, Wolf a trouvé la caisse intéressée quinze fois. Dans un cas même, Habermann (cité par Anton) a rencontré des fausses membranes dans la caisse, dans les cellules mastoïdes, et jusque sur la chaîne des osselets ».

Nous voyons donc que cette muqueuse dont l'inflammation produit le coryza, coryza qui est de nature diphtérique quand il a pour agent pathogène le bacille de Loeffler, tapisse un certain nombre de cavités annexes, affecte des rapports de contiguité avec des régions importantes de l'économie, de telle sorte que ce court exposé nous donne déjà la clef des diverses complications capables de survenir au cours

de la diphtérie nasale, et nous permet de comprendre la ténacité parfois très grande de cette affection, quand l'une ou l'autre de ces cavités vient à être envahie.

Nous nous permettons d'ajouter encore quelques mots sur la vascularisation de cette muqueuse : « La pituitaire, dit le professeur Weill, de Lyon, dans son traité de pathologie infantile, renferme un riche réseau capillaire superficiel et un tissu caverneux érectile sur les cornets inférieurs, sur le bord du cornet moyen, à la partie antérieure de la cloison et même du plancher. Son système vasculaire sert de communication entre les vaisseaux intra et extra-crâniens. Une de ses fonctions est d'humecter et de réchauffer l'air inspiré, ce qui explique suffisamment les broncho-pneumonies chez les enfants dont les fosses nasales sont obstruées par un coryza pseudo-membraneux, et qui respirent uniquement par la bouche. Anatomiquement et physiologiquement, la pituitaire se prête à des alternations fréquentes de vaso-dilatation et de vaso-constriction, ce qui, joint à la situation superficielle de ses vaisseaux, fait comprendre la fréquence des épistaxis, et quelquefois leur abondance, telle que l'existence d'un malade peut en être menacée ».

Enfin, nous devons ajouter quelques mots au sujet de l'innervation :

Nous dirons seulement que les nerfs de sensibilité spéciale sont fournis par l'olfactif, que les nerfs de sensibilité générale viennent des deux premières branches du trijumeau ; ces derniers se terminent

par des extrémités libres, en partie dans le chorion muqueux, en partie dans l'épaisseur même de la couche épithéliale ; de telle sorte que lorsque l'intérieur des fosses nasales est tapissé de pseudo-membranes, ces extrémités nerveuses se trouvent presque directement en contact avec le poison diphtérique ; c'est ce qui explique certains troubles fonctionnels d'origine nerveuse, telle que la paralysie, paralysie de la motricité, portant surtout sur les mouvements du voile du palais, de la sensibilité, telles que l'anesthésie de la muqueuse et l'abolition de l'odorat.

Nous allons aborder maintenant, après cette courte digression dans le domaine anatomique, l'étude du coryza diphtérique proprement dite.

CHAPITRE II

Du coryza diphtérique en général

§ I. — DÉFINITION

Y a-t-il diphtérie nasale toutes les fois que les cavités nasales renferment du bacille de Loeffler? . . . Non, car ce serait dire qu'il y a pneumonie toutes les fois que les crachats ou la salive contiennent du pneumocoque ; tuberculeuse, toutes les fois qu'on y rencontre le bacille de Koch.

Le plus ou moins de virulence de ce bacille, si la pituitaire est saine et s'il n'y a pas coexistence de coryza ou de fausses membranes, ne doit pas davantage faire prononcer le mot de diphtérie.

Par contre, si nous disions que pour qu'il y ait diphtérie nasale, il faut qu'il y ait des fausses membranes, nous serions trop exclusif, car combien nom-

breux sont les cas où leur présence nous échappe : il suffit qu'elles soient cantonnées dans le cavum naso-pharyngien ou dans les sinus, pour que nous ne les soupçonnions même pas.

Pour ces raisons, nous croyons qu'il est juste de dire que pour qu'il y ait diphtérie nasale, il faut que l'on constate :

- a) du coryza,
- b) des bacilles de Loeffler, dans l'écoulement nasal.

Ce sont là, les deux éléments primordiaux et indispensables. dans la plupart des cas. La présence des membranes est souvent inconstante. Du reste, leur constatation, sans celle du bacille de Loeffler ne saurait avoir de réelle valeur, puisque beaucoup d'autres micro-organismes peuvent en produire. Il peut arriver cependant que l'on constate la coexistence de bacilles et de pseudo-membranes sans coryza apparent. Il y a également diphtérie nasale, dans ce cas, car, suivant Gerber et Podack, (Über die Beziehungen der sogenannten primären rhinitis fibrinosa und des sogen pseudo-diphtheriebacillus zenn Klebs-Loeffler Loeffler'schen diphtheriebacillus. *Deutsche Archiv. Klinische für Medicini* 1895 Band XXV heft, 1 et 3), quand dans le nez ou la gorge on rencontre à la fois du bacille et des fausses membranes, on est en droit de conclure à la diphtérie. C'est pourquoi, nous devons étudier aussi ce troisième élément, qui est

- c) la fausse membrane diphtérique

A. — CORYZA

Quelquefois simplement un peu hyperhémiee « la membrane de Schneider peut être congestionnée et tuméfiée à un degré souvent extrême : les glandes nombreuses de la région sécrètent alors un liquide séreux ou séro-purulent, qui s'étale sur la surface turgide et rouge de la muqueuse pituitaire. »

Sous l'influence de l'exsudat pseudo-membraneux, la muqueuse peut apparaître « saignante et dépolie, dépourvue de son revêtement épithélial » : l'écoulement change alors d'aspect pour devenir séro-sanguinolent ou purulo-sanguinolent.

B. — LE BACILLE DE LÖEFLER

Si nous disions avec quelques auteurs qu'« il y a diphtérie nasale toutes les fois qu'au cours d'un coryza les fosses nasales renferment le bacille de de Loeffler *virulent* » ce serait obscurcir cette question : si l'on s'en tenait à cette formule, en effet, devrait-on regarder comme non diphtériques des écoulements par exemple de la nature de ceux que constata M. le Dr Charles Lesieur (thèse de Lyon 1901) dans six cas de coryza léger, où il signale² la présence des bacilles courts, gardant le Gram, non virulent — Réaction de Neisser négative ?... S'il ne s'agit pas dans ces cas du vrai bacille de Loeffler, il ne peut s'agir que du pseudo-bacille d'Hoffmann. Or voici précisément les conclusions auxquelles arrive

cet auteur au sujet du pseudo et du vrai bacille : La constatation de bacilles « pseudo-diphtériques » doit presque toujours en pratique conduire au même diagnostic et à la même prophylaxie que celle de bacilles Klebs-Löffler, les véritables bacilles d'Hoffmann, étant très rares... à côté de l'immense majorité des bacilles qui sont des bacilles virulents atténués, il existe quelques espèces fort rares (véritables bacilles d'Hoffmann) qui n'ont aucun rapport avec la diphtérie, quoique gardant le Gram et poussant en temps voulu sur sérum. Mais étant donné que ces espèces, purement saprophytiques, sont exceptionnelles et que l'on ne possède aucun moyen rapide de les différencier, étant donné que les bacilles de Klebs-Löffler les plus atténués peuvent, par exaltation ou sur un terrain favorable, propager de véritables diphtéries, ne vaut-il pas mieux pécher par excès que par défaut dans l'application des mesures hygiéniques et observer la même conduite sévère à l'égard de tous les bacilles suspects ? si donc, l'on est appelé à faire le diagnostic bactériologique de la diphtérie, les mêmes mesures d'isolement et de désinfection devront être prises le plus tôt possible vis-à-vis de tous les sujets porteurs dans le nez, dans la gorge, etc., de bacilles gardant le Gram et poussant en 15 à 20 heures à 35 ou 37° sur sérum solidifié. »

Le docteur Pierre Boulloche (Les angines à fausses membranes, 1893), dit, à son tour : « Pour Baumgarten, les deux bacilles appartiennent à une même espèce, il n'y a entre eux qu'une différence de virulence. Cette opinion est celle de MM. Roux et

Yersin, qui considèrent que le bacille pseudo-diphtérique est un bacille diphtérique dépourvu de virulence. ».

Du reste, un bacille peut être inactif chez tel individu, alors qu'il devient subitement très virulent chez tel autre : « Ne voyons-nous pas tous les jours, dit M. le docteur Rabot, la diphtérie être apportée dans la même famille. Je ne crois pas m'avancer beaucoup en disant qu'il s'agit là du même bacille et nous voyons ce bacille obtenir le maximum chez l'un des membres de la même famille, alors qu'il aura zéro chez un autre membre... Pourquoi autant de conditions qui nous échappent ? »

Ce même auteur dit encore au sujet du pseudo-bacille :

« Si Loeffler, au lieu d'être à la tête d'un laboratoire, eût été à la tête d'une salle de diphtériques, le pseudo-bacille n'eût jamais été connu. Comme tous les praticiens, il eût dit : ce malade a des bacilles diphtériques, mettons-le à part, isolons-le, et, l'eût-il trouvé chez un sujet sain, il eût fait isoler ce sujet avec des malades porteurs de vrais bacilles et il eût vu le premier n'être pas infecté par le second ».

Après cela, nous croyons donc juste de dire que, dans un but prophylactique, il ne faut pas se laisser égarer par la question du plus ou moins de virulence du micro-organisme constaté, mais qu'il faut, au contraire, affirmer la diphtérie, toutes les fois que l'on rencontre dans un écoulement nasalaire, des éléments bacillaires, ressemblant au bacille de la

diphtérie, gardant le Gram et poussant en 15 à 20 h. à 35 ou 37° sur sérum solidifié.

G. — LA PSEUDO-MEMBRANE DIPHTÉRIQUE.

Macroscopiquement, elle a, au début, l'aspect d'un enduit discontinu « mince, givrex, efflorescent, siégeant, tout d'abord, le plus souvent dans les régions postérieures, sur la paroi externe des cavités nasales ou sur la cloison, qui s'épaissit peu à peu », puis se fusionne en larges nappes, jusqu'à former « un revêtement continu qui occupe toute la superficie de la pituitaire ».

Sa couleur « est blanchâtre, tirant sur le gris, de teinte non uniforme d'ailleurs, brune par endroits et striée de sang ».

Parfois, peu adhérente au plan muqueux sous-jacent, elle se détache en « larges lambeaux membraneux qui reproduisent quelquefois en une seule pièce le moulage exact de la cavité qu'ils occupaient, plus souvent l'adhérence de l'exsudat est intime : les membranes sont friables, la pince n'arrive à les détacher que par petits fragments et cette opération détermine des hémorragies punctiformes souvent très abondantes ».

Elle se reproduit avec autant de rapidité dans le nez que dans la gorge.

Macroscopiquement, la fausse membrane nasale ne diffère pas de la fausse membrane gutturale, par exemple.

Trame fibrineuse dont les différents faisceaux

forment des mailles où l'on trouve des cellules de pus, des leucocytes, quelques hématies, des cellules épithéliales ayant subi la nécrose de coagulation de Weigert et se présentant sous la forme de « masses réfringentes à prolongements multiples et ramifiés en bois de cerf (Wagner) » et des bacilles de Loeffler.

Tout ceci nous montre que la pseudo-membrane diphtérique ne présente rien de bien spécial dans cette région.

§ II. — ÉTIOLOGIE

D'après Garnier, cité par Archambault (Art. croup, *in* dictionnaire des Sciences Médicales de De Chamber et Lereboullet), sur 95 diphtériques, on en rencontre 39 qui présentent du coryza, soit 41 0/0. D'après M. le Dr Glatard, qui a fait des recherches particulières sur ce point, ce serait 42,9 0/0 qu'il faudrait admettre. Ces deux statistiques sont donc à peu près concordantes. Quant à la diphtérie purement nasale, sa fréquence est suffisamment démontrée par les 200 observations remontant à moins de dix ans que ce dernier auteur a pu réunir.

Quelles sont donc les causes de la fréquence ainsi mise en évidence par les chiffres du coryza diphtérique, en général ?

Il y a :

- 1^o Une cause directe, qui est la *contagion*.
- 2^o Des causes indirectes, qui peuvent se subdiviser en :

- a) Causes prédisposantes.
- b) Causes occasionnelles.

A. — CAUSE DIRECTE OU CONTAGION.

Ce paragraphe sur la contagion concerne exclusivement le coryza diphtérique primitif, car quand un coryza apparaît à la suite d'une angine ou de tout autre manifestation diphtérique, il y a bien contagion, mais contagion de voisinage à l'occasion d'une angine ou d'une manifestation diphtérique : ce point est donc du ressort des causes occasionnelles (Voir B. Causes indirectes).

Quel est donc, par conséquent, le rôle de la contagion dans l'apparition d'un coryza diphtérique primitif?

N'y a-t-il pas des sujets qui sont « en puissance de diphtérie » parce qu'ils sont porteurs de bacilles peu virulents, vivant en saprophytes dans leurs fosses nasales, que ces bacilles viennent de source hétérogène ou aient persisté à la suite d'une angine diphtérique guérie depuis longtemps?

M. le Dr Charles Lesieur dit, dans sa thèse inaugurale, « qu'il n'est pas très rare de voir, chez un même individu ou dans une même épidémie, le bacille pseudo-diphtérique d'Hoffmann faire place au bacille virulent de Klebs-Löffler ».

Faut-il donc, dans ce cas, incriminer la contagion ou bien, au contraire, invoquer l'action de telle ou telle cause capable d'affaiblir l'organisme et d'atténuer ses réactions de défense?

Tout ceci revient à dire que, l'action bactéricide des sécrétions nasales diminuant sous une influence débilitante quelconque, un bacille atténué qui, à l'état normal, vit en simple saprophyte sur la pituitaire, peut, tout à coup, exalter sa virulence et « la diphtérie nasale jusqu'alors latente, se manifester par des signes cliniques ». Tel est le microbisme latent de Verneuil, l'autodiphtérisation admise par Sevestre et Martin.

« Roux et Yersin, dit Pierre Bouloche, ayant remarqué que dans la diphtérie maligne, il y avait fort peu de colonies qui ne fussent pas virulentes, que dans les bénignes, il y en avait davantage et qu'elles devenaient de plus en plus nombreuses au fur et à mesure que la maladie tendait à guérir, voient dans le remplacement d'une variété virulente par une variété non virulente sur un même terrain quand la maladie guérit, la meilleure preuve qu'il ne s'agit là que de deux variétés d'une même espèce.

Partant donc de ces idées, ces auteurs pensent que, si le plus souvent, la contagion de la diphtérie est causée par l'introduction dans une cavité d'un microbe virulent, il peut se faire également qu'elle soit due à une modification de la virulence d'un pseudo-bacille, dont il est l'hôte habituel. On peut admettre, disent-ils, que, dans certains cas, les diphtéries qui succèdent aux fièvres éruptives ont pour origine les bacilles sans virulence; ils deviendraient virus actif sous des conditions encore inconnues ».

Il est fort probable que, dans certains cas, les choses se passent ainsi.

C'est, du reste, ce qui semble bien ressortir des recherches de M. le D^r Lesieur : « N'est-il pas remarquable, en effet, que la fréquence du bacille d'Hoffmann, qui est de 31,875 0/0, d'après nos recherches, chez les individus à l'abri de tout contagé, soit de 17,500 0/0 seulement dans les cas suspects de diphtérie ? Ce fait, en partie attribuable, à ce que ce dernier chiffre a été obtenu en étudiant des cas isolés, ne pourrait-il pas s'expliquer en partie, par la transformation, chez un certain nombre de sujets, du bacille inactif en bacille virulent ? »

Puisque nous discutons sur la transformation possible dans les fosses nasales du pseudo-bacille en bacille virulent, il est utile de dire, ce qui peut avoir son importance dans l'étiologie du coryza diphtérique, que le professeur Fränkel, de Marbourg, ayant trouvé plusieurs fois le pseudo-bacille dans l'appareil lacrymal des malades de la clinique ophtalmologique de son collègue Uthoff, s'exprime ainsi, dans une leçon parue le 13 mars 1893, dans le *Berliner Klinische Wochenschrift* :

« Mon attention a été particulièrement attirée par un micro-organisme particulier, qui m'a frappé tant par sa présence relativement fréquente sur la conjonctive que par certains caractères morphologiques et biologiques. Il est inutile d'en donner une description plus détaillée, car ses caractères essentiels sont identiques à ceux du bacille diphtérique de Loeffler ».

Si nous citons ces paroles, c'est que M. le D^r Rabot,

rapprochant ces cas de ceux qu'il a eu occasion d'observer, dit lui-même, dans un article du *Lyon Médical*, de 1893 :

« Dans la salle Ste-Jeanne, où se trouvent de petits malades non diphtériques, je voyais parfois un enfant, dans le service depuis plus d'un mois, être pris de diphtérie. Quelques cas alors se montraient. Bien vite, nous cherchions à connaître exactement le passé pathologique du premier pauvre petit diphtérique, que je croyais s'être contagionné chez nous. Pour tout passé, un coryza sans fièvre, avec écoulement muqueux peu abondant. Quand je rapproche ces faits des données de Frænkel, j'en arrive à me demander si le bacille appelé pseudo-bacille, n'avait pas d'abord séjourné sur la conjonctive, s'y développant peu, puis n'avait pas gagné la cavité nasale, n'y donnant qu'un simple coryza et attendant pour s'y développer, c'est-à-dire devenir virulent, la moindre inflammation de l'arrière-gorge ».

Nous avons pu nous-même observer le cas suivant :

OBSERVATION I

G..., Auguste, 16 mois. Etait en traitement depuis un certain temps à la salle Sainte-Marguerite (salle de chirurgie infantile. Hospice de la Charité. Service du Dr Nové-Josserand) pour rachitisme et hernies inguinales droite et gauche.

Le 15 septembre 1902, on fait passer l'enfant à Sainte-Jeanne (salle de médecine infantile. Hospice de la Charité.

Service du Dr Rabot) parce qu'il a depuis quelques jours de la diarrhée.

A son entrée sa température est de 38°2. L'enfant est très abattu, dans un demi-coma. De plus, il est très cachectique.

On s'aperçoit bientôt que la paupière droite est gonflée. L'enfant ne peut l'ouvrir, il s'en écoule constamment un liquide muco-purulent, qui se répand sur la joue de ce côté. L'œil gauche est pris aussi, mais à un degré moindre.

Pensant à de la diphtérie, étant donné que plusieurs cas de cette affection s'étaient déclarés peu de temps auparavant dans la salle d'où venait l'enfant, on fait une culture : elle est nettement positive : grands bacilles de Loeffler purs.

Le 17 septembre. — Jusqu'ici les narines qui n'avaient été le siège d'aucun écoulement se mettent à couler toutes les deux : écoulement séro-purulent très abondant : une culture dénote la présence de grands et petits bacilles plus staphylocoques.

Le 19 septembre. — L'enfant que l'on a pas encore isolé à cause de son abattement extrême, est encore plus abattu que le premier jour : il est d'une pâleur cadavérique. Ganglions rétro-maxillaires engorgés des deux côtés. Respiration très gênée. T. : 39°5. Sa diarrhée n'a pas rétrocedé. Vu son état, on l'ausculte avec beaucoup de peine : il ne semble cependant pas avoir de complications pulmonaires.

Malgré les 40 cc. de sérum antidiphtérique qu'il reçut, aucune amélioration ne s'était encore manifestée du côté du nez ou des yeux. Il mourut le même jour à 2 h. de l'après-midi.

Si ce cas ne semble pas confirmer de tous points l'hypothèse émise par M. le Dr Rabot, il montre néanmoins avec quelle facilité un micro-organisme développé sur la conjonctive peut gagner la pituitaire en passant par le canal nasal, car dans ce cas,

toutes les précautions avaient été prises pour que le pus qui pouvait s'écouler sur les joues n'atteigne pas l'orifice des narines. Que ces hypothèses soient vraies ou fausses, il n'en est pas moins vrai que c'est encore la contagion directe qui joue souvent le principal rôle.

Francotte, dans son traité sur la diphtérie, cite un exemple remarquable de ce mode de contagion rapporté par Sanné.

« Un enfant de 2 ans, dit-il, est pris de coryza diphtérique grave ; on juge à propos de lui appliquer sur la muqueuse un vésicatoire qui se couvre bientôt de fausses membranes. Comme beaucoup d'enfants malades, celui-ci exigeait que son père et sa mère le portassent constamment dans leurs bras. Dans cette position, il ne cessait de frotter son nez contre celui de la personne qui le tenait. L'enfant succomba. Après la mort, les parents furent atteints tous deux de coryza diphtérique. »

Tel est encore l'exemple historique d'Herpin, qui reçoit sur la narine gauche un fragment de membrane d'un enfant dont il était en train de cauteriser la gorge ; quelques heures après, il éprouve de l'enchifrènement à gauche, du nasonnement, de la gêne de la déglutition et est pris consécutivement de coryza, angine, paralysie.

Le panaris diphtérique, décrit par M. Hau, interne des hôpitaux de Lyon, dans le *Lyon médical* de 1900, étant une affection assez fréquente parmi le personnel hospitalier des diphtériques, c'est encore là un mode de contagion directe, que nous ne pou-

vons passer sous silence, à cause des prédisposition individuelles à porter les doigts à son visage ou à son nez.

Il y a néanmoins des cas où malgré une contagion directe, on ne vit pas se développer l'infection. Pour nous en tenir aux seuls exemples rapportés par la littérature médicale : Kunge (Berlin-Klinische Wochenster 1866 p. 488) dit que lui-même en faisant la trachéotomie reçut souvent des produits diphtériques dans le nez comme du reste dans les yeux et la bouche et qu'il ne fut jamais atteint. De même, Seitz, d'après ce que rapporte Francotte, prétend qu'il reçut plusieurs fois dans le nez du mucus et des fragments de fausses membranes, sans en rien éprouver.

Mais ce sont là des cas d'immunité dûs, sans doute, comme le pense Cœrtel « à la structure des muqueuses, aux propriétés de leur epithelium et de leurs tissus, à la vascularisation et l'activité de l'appareil lymphatique » et peut-être aussi comme le veulent Wurtz et Lermoyez (Wurtz et Lermoyez, Pouvoir bactéricide du mucus nasal. *Annales des maladies de l'oreille et du larynx* 1893), contrairement à l'avis de Park et Wright, à l'action bactéricide des sécrétions nasales, qui peuvent être plus abondantes ou plus actives chez certaines personnes. D'après M. Rabot, les propriétés bactéricides du mucus nasal seraient dues peut-être, à la présence du sulfocyanure de potassium qu'on reconnaît facilement à la belle coloration rouge que prend un morceau de papier filtre imbibé de perchlorure de fer et que l'on a préalablement laissé sécher ; précisément,

cette quantité de sulfocyanure de potassium serait très variable avec chaque sujet : c'est ainsi que cette coloration rose varie d'intensité avec les différents individus. C'est ce qui, par conséquent, expliquerait la différence de sensibilité des uns et des autres vis-à-vis du bacille diphtérique. Quant à Fraenkel, il fait intervenir, hypothèse nullement vérifiée, dans ce rôle de défense les cils vibratils de l'épithélium.

En somme, il est juste de dire avec M. le Dr Rabot : « Tout le monde prend la diphtérie de la même façon, mais chacun la développe suivant ses moyens ! » (Art. *Lyon médical* 1893) ; ces paroles sont également vraies de la diphtérie nasale.

Cependant les faits ne semblent pas toujours se passer si simplement.

C'est ainsi qu'il arrive souvent que si, après un premier cas de diphtérie, dans une famille ou dans une salle d'enfants à l'hôpital, on fait l'examen du nez des personnes de l'entourage ou des autres enfants, on constate chez certains des écoulements de nature diphtérique. En sorte que si M. G. Roux (Précis de microbie et de technique bactérioscopique, Lyon 1896) a pu dire :

« Ce n'est pas seulement au début, ou dans le cours de la maladie qu'il importe de rechercher si oui ou non le bacille de Lœffler existe, il peut y avoir encore un intérêt de premier ordre à constater sa présence dans la gorge de personnes et surtout d'enfants ayant été en contact avec un malade. » Nous croyons qu'il y a un égal intérêt à inspecter le nez que la gorge : en effet « à l'hôpital Bretonneau, dit M. le Dr Glatard,

dans le courant de mars et avril 1902, sur une série de 128 enfants, *dans les familles desquels il y avait eu de la diphtérie*, nous avons trouvé seize fois le bacille dans les fosses nasales, ce qui donne un pourcentage égal à 12,4. Ce chiffre est certainement inférieur à la réalité : quand nous ensemençons un nez, la spatule, ne pénètre guère au-delà du vestibule, et les méats et les sinus échappent à notre investigation ; or, ces arrière-fonds sont précisément le repaire du microbe. »

OBSERVATION II

Tézenas du Montcel (thèse de Lyon, 1894) rapporte que, lorsqu'il était dans le service du Dr Vincent, alors chirurgien-major de cet hôpital, plusieurs cas de diphtérie éclatèrent dans une des salles de ce service. Trois enfants furent transportés au pavillon des diphtéries. Deux moururent rapidement, emportés par la forme hypertoxique de la maladie. Sur la demande de M. Vincent, des cultures furent prises dans les cavités buccales et nasales de tous les malades de la salle, et *chez trois malades qui ne présentaient d'autres symptômes qu'un écoulement nasal, on constata qu'il s'agissait de coryza diphtérique.*

Nous avons nous-même observé quelques faits de ce genre : voici les observations des malades sur lesquels nous avons pu les constater :

OBSERVATION III

L... Andréa-Marie, 16 mois. Entrée le 1^{er} août 1902, salle des croups.

Le médecin qui a vu cet enfant la soigne déjà depuis quelque temps pour une gastro-entérite; sa sœur a été admise la veille dans la même salle, parce qu'elle a la diphtérie; elle a, par conséquent, été pendant un certain temps en contact avec elle.

L'enfant étant plus souffrante depuis deux jours, le médecin craint la diphtérie et l'envoie dans le service, où l'on fait des préparations du nez et de la gorge.

Culture de la gorge négative.

Culture du nez : Læfflers moyens + cocci !

L'enfant est très abattue, présente une température de près de 40°. Rien au poumon. Diarrhée incoercible.

Son nez coule très peu et à de rares intervalles : de telle sorte qu'on ne peut pas dire qu'il y ait eu coryza.

La gorge est un peu rouge, sans fausses membranes.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Le 5 août. — La température qui a été progressivement décroissante, est revenue à la normale.

Une nouvelle culture du nez dénote toujours la présence des mêmes micro-organismes.

Le 9 août. — Apparition sur le bras gauche à la face externe, d'une ulcération assez étendue en surface, peu profonde, s'étant manifestée au niveau d'un point d'acné; sur cette ulcération, présence d'une légère fausse membrane grisâtre, reconnue diphtérique après examen bactériologique.

Apparition *simultanée* d'une ulcération à la région occipitale sur laquelle aucune fausse membrane : la culture du

suintement purulent qui recouvre cette ulcération, ne dénote la présence que de *cocci* et de *staphylocoques*.

Le 10 août. — La température de l'enfant qui, à son entrée, avait reçu une injection de sérum à chacun des trois premiers jours monte à 39° le soir. Le lendemain matin, elle est de 39°5. Le soir elle atteint 40°5. L'enfant meurt dans une crise convulsive, sans avoir présenté d'autres symptômes que de la gastro-entérite.

Si nous citons cette observation, c'est qu'il est curieux de voir une fausse membrane diphtérique se développer sur une légère érosion de la peau, chez un enfant qui est simplement porteur de bacilles dans le nez, en apparence peu virulents, et dont la présence dans les fosses nasales était due au contact de l'enfant avec sa sœur diphtérique.

OBSERVATION IV

A... Marie, 6 ans. Entre le 31 juillet 1902.

Père et mère vivants et bien portants. Deux enfants morts, l'un de diarrhée à trois mois, l'autre né à terme mort-né. Deux enfants vivants, dont l'un âgé de 3 ans se porte bien, et la malade qui n'a fait d'autres maladies que la rougeole.

Dans la maison d'où vient cette malade, il n'y a eu qu'un cas de diphtérie, actuellement en traitement dans le service.

Elle est souffrante depuis cinq jours : début par céphalée, fièvre, vomissements, anorexie, toux.

On ne lui a fait encore aucun traitement. L'état général est passable. Cependant le faciès est pâle, les yeux marquent l'abattement, mais température normale à son entrée.

A l'inspection de la gorge, on constate que les deux amygdales sont rouges; la droite est hypertrophiée. Légères fausses membranes, ressemblant plutôt à des dépôts pultacés qui disparaissent rapidement.

Coryza séreux par les deux narines.

Voix un peu rauque, légère bronchite.

La culture du nez dénote : *cocci*.

La culture de la gorge : *cocci* et *staphylocoques*.

La malade présentant un coryza séreux très accusé, qui laisse sur l'oreiller des taches grisâtres assez étendues; pour plus de certitude on refait une culture le lendemain, mais on ne trouve toujours que des cocci et une forme spéciale de bacilles, ressemblant aux petits bacilles de Lœffler : ces bacilles sont très clairsemés dans la préparation, cependant quelques-uns sont enchevêtrés comme de vrais bacilles de Lœffler; enfin, comme ils en imposent beaucoup pour ces derniers, on fait un Gram et on s'aperçoit qu'ils ne prennent pas le colorant.

Sur ces entrefaites, la mère de la petite malade entra dans le service, avec une diphtérie qui évolua d'une façon bénigne.

Soit par négligence, soit pour ne pas séparer l'enfant de sa mère, on la laissa dans la salle des diphtéries.

Le 16 août 1902. — Je refais une culture du nez de la petite malade. Son angine et son coryza avaient déjà rétro-cédé depuis quelque temps.

Or je ne fus pas peu étonné de rencontrer dans le mucus, d'ailleurs sain, de ses fosses nasales, de *beaux Lœfflers moyens*.

On lui fait préventivement une seule injection de sérum de 20 cc.

Le 30 août. — Persistance des mêmes micro-organismes.

Le 9 septembre. — L'enfant se plaint vaguement de souffrir de la gorge. Léger écoulement nasinaire.

L'examen de la gorge, demandé par la sœur du service,

dénote la présence de quelques points blancs très discrets.

On fait une culture : l'examen microscopique fait apercevoir des *petits bacilles de Lœffler*.

Une nouvelle injection de sérum est refaite à la malade ; sa diphtérie fut très bénigne, évolua sans fièvre, sans albuminurie, sans engorgement ganglionnaire notable ; à peine quelques jours d'alitement, et elle alla bien.

En somme, d'après cette observation, même succession des faits que précédemment : l'enfant en contact avec des diphtériques, est constatée à un certain moment porteuse de bacilles dans le nez ; quelque temps après, elle prend du coryza, la virulence du bacille s'exalte et au bout de peu de jours, elle est atteinte d'angine diphtérique.

OBSERVATION V

Au mois de juillet 1902, à la salle Sainte-Marguerite (service de chirurgie infantile, Dr Nové-Josserand), un premier cas de diphtérie se déclare. L'enfant étant resté dans la salle quelques jours, sans être isolé, on fait une culture du nez et de la gorge chez les enfants de la salle, et immédiatement on en trouve quatre qui sont porteurs de bacilles dans leurs fosses nasales.

Doit-on, dans tous ces cas, faire appel à la contagion, ou bien regarder ces faits comme le résultat du hasard ou d'une pure coïncidence ?

Chez de si petits enfants, la contagion directe n'a

pu jouer aucun rôle. Il faut donc songer à une contagion médiate.

Sans doute, il serait peut-être suranné de faire jouer à l'air, un rôle capital. Nous ne pouvons cependant nier que « les particules de fausses membranes, le mucus de la salive, puissent se mêler aux poussières qui, soulevées par les courants d'air » seraient transportées jusqu'au niveau des narines, orifices toujours béants et prêts à les aspirer.

Sanné, ne dit-il pas que « le large contact de l'air avec la muqueuse respiratoire explique pourquoi la diphtérie prend pour lieu d'élection le pharynx et les fosses nasales. C'est en ces points que les germes pénètrent tout d'abord ; ils y trouvent de vastes surfaces pour se déposer. »

Les recherches de Chalvet, Réveil, Eidveldt de Prague, du reste, ont fait reconnaître dans l'air des salles d'hôpital, en temps d'épidémie, l'existence de particules organiques émanant selon toute probabilité, d'organismes affectés.

Ne savons-nous pas aussi qu'Abel, Emerson, Park, Wright ont, eux aussi, pu déceler la présence du bacille diphtérique dans la poussière des salles abritant des diphtériques.

Foerster, de son côté, ne prétend-il pas que le poison diphtérique se dépose dans les interstices du plancher et qu'il se mêle à l'air par le balayage et l'évaporation de l'eau employée pour le nettoyage ?

Quant à Sevestre, dans un rapport à la Société médicale des hôpitaux de Paris, en 1889 « sur le mode de transmission de la rougeole et de la diphtérie »

térie », il incrimine l'air, bien qu'il ne donne pas à cet agent de contamination, l'importance qu'il accorde aux objets contaminés.

M. le Dr Rossigneux, adoptant les idées de M. le professeur Teissier, dit dans sa thèse inaugurale, parue à Lyon en 1890, que dans les recherches qu'il a entreprises, il a pu voir plusieurs cas de diphtérie survenir après une longue promenade, un jour de grand vent, ou bien près de l'emplacement d'un marché, lequel emplacement est généralement balayé après le marché.

Bourges lui-même, dans son traité de la diphtérie, rapporte précisément à l'appui de son opinion, que « Klebs constatant qu'à Zurich, les cas de diphtérie débutaient en plus grand nombre le mercredi et le samedi, remarque que la veille, les mardi et vendredi de chaque semaine, on balayait à fond la ville et que c'était surtout sur le passage des tombereaux de transport des balayures, que se développaient les cas de maladies. »

Il est bien évident que si tout ce que nous venons de dire peut s'appliquer à l'angine diphtérique, on peut tenir le même langage vis-à-vis du coryza.

Or, pour Barbier et Ulmann, la transmission du virus diphtérique ne se fait point par l'air, et ils s'appuient, pour soutenir leur opinion, sur le résultat qu'a donné l'isolement individuel des malades à l'intérieur des salles communes : par exemple, dans le service de Grancher, depuis que ce système est appliqué, le nombre des cas de diphtérie est tombé à un seul par an.

Si le contagé par l'air paraît inadmissible à certains, pour d'autres exceptionnel, à la plupart très rationnel, il semble qu'il puisse s'opérer par voie indirecte de bien d'autres façons :

Dans une même famille, ce sont souvent, il faut bien le dire, des mouchoirs, linges de toilette, quelquefois des jouets, des livres, qui, souillés par le jetage d'un enfant diphtérique, tombent entre les mains d'enfants sains : ces derniers, après les avoir tenus, portent leurs doigts chargés de germes pathogènes à leur visage, à leurs narines et prennent une diphtérie nasale, prélude fréquent de symptômes plus alarmants.

En été, il faut compter aussi avec les insectes si répandus dans l'atmosphère, mais surtout avec les mouches qui volent en si grand nombre autour du lit des malades. Ce qui les attire, ce sont les produits de sécrétion qui tombent sur les draps ou les couvertures. Elles envahissent avec une prédilection marquée les lèvres mais surtout l'orifice des fosses nasales, car bien souvent ils sont humectés par la sérosité qui s'en écoule, et qu'elles viennent sucer avec avidité, pour s'en recouvrir presque inconsciemment. C'est ainsi qu'elles vont de malade en malade, quelquefois de salle en salle et si par hasard, dans leur course, elles ont rencontré quelques diphtériques, il est aisé de juger quels dégâts elles peuvent commettre !

Il est hors de conteste que le médecin, le personnel hospitalier, les parents, les infirmiers sont sujets les premiers à ce mode d'invasion de la

diphtérie conservant souvent des bacilles au bout de leurs doigts insuffisamment aseptisés.

Enfin, qui saurait mettre en doute que le spéculum dont se sert le rhinologiste pour se faciliter l'examen de l'intérieur des fosses nasales ou le cathéter de l'otologiste ne puisse, qu'ils en aient fait usage précédemment chez des convalescents diphtériques encore porteurs de bacilles, ou chez des sujets dont les narines contiennent des pseudo-bacilles, devenir parfois une cause sérieuse de contamination, si ces instruments ne sont pas constamment le soin d'une antiseptie des plus rigoureuses !

B. — CAUSES INDIRECTES

A) CAUSES PRÉDISPOSANTES. — 1^o *L'Age*. — Trousseau disait : « Toutes les fois qu'un petit enfant est malade pendant plusieurs jours, l'état restant mal caractérisé, le médecin doit examiner la gorge. » Feer prétend, à son tour, que la diphtérie nasale est souvent la première localisation chez le nourrisson. Pour Monti, la gorge ne serait jamais atteinte chez ce dernier, car le contenu de la bouche chez les sujets de cet âge empêcherait le développement du bacille de Loeffler, au contraire, les manifestations nasales seraient les seules possibles. Sans être aussi absolu, il est juste de dire, en effet, que si c'est à la seconde enfance que s'attaque surtout l'angine, le coryza est surtout le propre des nouveau-nés et des nourrissons : « Rappelons que la diphtérie chez les

jeunes enfants débute souvent par les fosses nasales, dit le professeur Weill dans son traité de pathologie infantile ». Riether (*In Wiener Klin. Wolch*, 1897, n° 28), a communiqué il y a quelques années une série de 31 cas, observés dans un hospice d'enfants trouvés et dans lesquels la diphtérie débuta le plus souvent par le nez.

Siredey (Thèse de Paris, 1877), dans sa thèse inaugurale donnait comme limite extrême d'âge, quinze jours. Or Schlichter et beaucoup d'autres auteurs ont observé des diphtéries nasales dès les premiers jours de la naissance « la diphtérie nasale primitive, disent MM. A. Grenet et E. Lesné (*Art. Archives de médecine des enfants*, 1898. Présence du bacille diphtérique dans les coryzas purulents non pseudo-membraneux de l'enfant) est beaucoup plus fréquente chez le nourrisson que dans la deuxième enfance et notre maître, le professeur Hutinel nous a répété souvent que c'est dans le nez beaucoup plus que dans la gorge, qu'il faut chercher la diphtérie du nouveau-né. »

Ceci provient, sans doute, de ce que le système muqueux chez les enfants est particulièrement susceptible « leurs cavités nasales sont étroites et sujettes à de fréquents catarrhes » écrit Francotte. La pituitaire s'enflamme donc facilement chez eux et c'est ce qui fait qu'elle se laisse plus facilement envahir par le bacille diphtérique.

Schlichter et Riether, pour démontrer que l'infection primitive des fosses nasales est presque la règle chez le nourrisson, s'appuient sur une prédisposition

de la muqueuse nasale, toujours hyperhémiee les premiers jours qui suivent la naissance à cause de l'air pénétrant exclusivement par les narines, hyperhémie accentuée par les perturbations atmosphériques, ces auteurs ayant observé une concordance entre l'apparition de la maladie et entre le refroidissement brusque de l'atmosphère pendant la saison chaude et à la suite des vents froids pendant l'hiver, et, enfin, parce que c'est la seule porte par laquelle peuvent pénétrer facilement les germes de la maladie répandus dans le voisinage, la respiration physiologique des nourrissons étant exclusivement nasale (F. Schlichter. *Archiv. f. Kinderheilkunde* Bd XIV p. 129, 1892. S. Riether, *Wiener klinisch. Wochenschrift* 1897, n° 28).

Au contraire, MM. les D^{rs} Cristeanu et J. Bruckner de Bukharest (diphtérie des nourrissons. *Archiv. de méd. des enfants*, 1901) sur les cinq observations qu'ils ont rapportées dans leur article sur la diphtérie chez le nourrisson disent n'avoir jamais observé l'écoulement par les narines d'un liquide séreux, jaunâtre, produisant des croûtes sur la lèvre supérieure et précédant l'apparition de la diphtérie pharyngienne. Pour eux, le début a toujours été la gorge, les fosses nasales n'ont été envahies que plus tard, et dans un seul cas, sans vouloir soutenir, disent-ils, que la maladie débute toujours par la gorge, nous croyons que l'infection primitive des fosses nasales est rare.

A l'opinion de Schlichter et Riether prétendant que la respiration physiologique des nourrissons

étant exclusivement nasale, l'infection se fait surtout par le nez, les deux auteurs précités répondent que dès que la femme a accouché, la sage-femme lui prend son enfant, pour lui retirer d'abord ses mucosités de la bouche et du pharynx, ensuite pour lui faire la toilette générale et buccale, au moins une fois par jour; pour la bouche, la toilette se fait, à l'aide d'un linge souple et stérile. Maintenant, si la sage-femme a touché quelque objet infecté par des bacilles de Lœffler ou si elle-même est atteinte de diphtérie et si elle produit encore par des manœuvres un peu plus brusques une éraillure, ce qui arrive souvent, l'enfant aura sûrement la diphtérie, surtout si sa résistance naturelle se trouve diminuée.

Quoiqu'il en soit, l'opinion de Schlichter nous semble être la plus convaincante et le mieux correspondre aux faits cliniques.

Quant aux adultes, s'ils semblent mieux résister à ce mode d'invasion de la maladie, c'est que leur âge les rend peut-être plus réfractaires. Pour nous, sur six mois passés dans le service des diphtériques de l'hospice de la Charité, nous devons dire que nous n'en n'avons pas observé un seul, atteint de coryza primitif ou isolé, alors que nous avons eu occasion de voir plus d'une quinzaine de nourrissons frappés par cette seule localisation.

2^o *Le tempérament.* — Nous croyons, en effet, que la diphtérie nasale est plutôt le propre de ces jeunes sujets « chétifs et malingres, candidats à des hospitalisations répétées, surpris facilement par la diphté-

rie plus fréquente dans la classe pauvre » et dont les muqueuses, très sensibles, se défendent mal contre l'infection. Riethe a toujours remarqué que c'était le mode de début de la diphtérie chez les enfants faibles et mal développés (*Wiener Klin. Woch.*, 1897, n° 28). Il est certain, du reste, que le lymphatisme et la scrofule, à cause des végétations adénoïdes du pharynx, si fréquentes au cours de ces diathèses, en exposant à des coryzas à répétition prédisposent d'une façon remarquable au genre d'affection dont nous étudions les causes.

3^o *Certaines influences, dont le rôle est mal déterminé.* — Il n'est pas douteux que « cette maladie soit plus fréquente pendant les mois d'hiver et de printemps (avril), ou encore lorsqu'à un temps sec et ensoleillé, succède un temps sombre et humide ». Le froid agit, en irritant la pituitaire, de sorte que si, en temps de choléra, une simple indigestion devient souvent la cause de l'invasion, de même un coryza, ainsi déterminé, peut mettre la muqueuse nasale dans les meilleures conditions pour le développement des germes diphtériques.

L'encombrement joue aussi son rôle dans certains cas. C'est ainsi que les écoles, les crèches, les hôpitaux, sont souvent des milieux redoutables. Nous n'avons, certes, pas la prétention d'aller à l'encontre des idées de Grancher car, pour lui, comme le disent Barbier et Ulmann « le virus diphtérique est peu diffusible par l'atmosphère; les maisons qui avoisinent les hôpitaux et, à l'intérieur de ces hôpitaux, les

pavillons qui sont proches de la diphtérie, ne sont pas plus souvent que d'autres, envahis par elles ».

Mais, dans un hôpital, comme nous l'avons, du reste, assez longuement exposé au paragraphe précédent, sur la contagion, il n'y a pas que l'air qui puisse servir de véhicule aux germes morbides.

Nous croyons même que son rôle doit être très atténué, frappé, en effet, de ce fait qu'en été, les vieillards de l'hospice de la Charité qui, continuellement, stationnent à proximité de l'espace réservé au lit des diphtériques, que l'on expose ainsi pendant la belle saison, sous une espèce de tente à l'air et au soleil, dans la cour avoisinant le service, ne sont jamais atteints d'aucune manifestation de ce genre.

b) CAUSES OCCASIONNELLES. — 1^o *Toute manifestation diphtérique en un point quelconque du corps.* — Rarement, à l'occasion d'une diphtérie conjonctivale ou auriculaire, le plus souvent, au contraire, à l'occasion d'une angine, on voit apparaître le coryza diphtérique et même « certaines épidémies d'angine se sont montrées plus particulièrement favorables à la localisation secondaire du processus : c'est ce qu'eut de spécial l'épidémie d'Aumale, décrite par Marteau de Grandvilliers; Chalmer, dans l'Amérique du Nord (1771-1775); Haspel, dans l'épidémie de l'armée d'Orient (guerre de Crimée, 1855); Lemoine (*Province Médicale*, 1892), dans la Nièvre; Jobert, dans la Haute-Marne, firent des remarques semblables; et la même particularité, si l'on en croit Jaffé (Jaffé : Die diphterie, *Schmidt's Jahrbücher*, 1862)

signala l'épidémie affreusement meurtrière de Boulogne ». La diphtérie cutanée peut aussi se compliquer de coryza, surtout quand on a affaire à des enfants, à cause de la fâcheuse habitude qu'ils ont de mettre leurs doigts dans leur nez.

2^o) *Certaines maladies infectieuses*. — Si comme Sevestre et Martin semblent l'admettre, la virulence du bacille pseudo-diphtérique est exaltée par certaines maladies infectieuses, telles que rougeole, scarlatine, fièvre typhoïde, tuberculose, coqueluche, etc., on doit s'attendre, sachant, comme nous l'avons déjà dit, que le bacille d'Hoffmann se trouve fréquemment dans les fosses nasales saines, à voir un coryza survenant au cours de ces fièvres prendre souvent une allure diphtérique. De fait, les médecins ont reconnu la fréquence de la diphtérie comme complication surtout de la rougeole et de la scarlatine.

Le Dr Charles Joanny de Rochely (thèse de Lyon, 1900) insistant sur la fréquence de la diphtérie comme complication secondaire à la scarlatine dit dans un passage de sa thèse: « Nous ne serions pas éloigné de trouver la cause de cette attraction réciproque dans les lésions de la gorge et des amygdales ». Il est certain, d'autre part, que l'angine diphtérique est aussi fréquente au cours de la rougeole et que les chances d'une diphtérie probable sont les mêmes. De même, il y a les lésions de la pituitaire dont cet auteur ne parle pas: fluxion, catarrhe, desquamation des épithéliums, de sorte que,

sans aucun doute, il y a là, pour le développement des fausses membranes diphtériques un terrain des plus favorables. Aussi, croyons-nous qu'il est rationnel d'admettre que bien souvent dans ces deux maladies, le nez est pris avant la gorge: quoique Grenet et Lesné ainsi qu'Hutinel et Martin aient pu observer l'apparition d'un coryza diphtérique dans l'incubation d'une rougeole « le plus souvent, c'est au déclin de l'éruption ou dans la convalescence que survient le coryza diphtérique, parfois c'est à plus longue échéance: un mois (une observation de Glatard), cinq semaines (une observation de Stamm-Bajinsky), deux mois (une observation de Bischofswerder), six mois même (une observation de Townsend).

Dans quatre cas de coryza diphtérique chez des scarlatins l'affection fut contemporaine de l'éruption (Glatard). En ce qui concerne la diphtérie nasale au cours de la coqueluche; sur quatre cas observés par ce dernier auteur, il y en eût trois où l'apparition du coryza coïncida avec l'acmé de cette maladie. La fièvre typhoïde se complique parfois aussi de manifestation diphtérique et les fosses nasales servent souvent de porte d'entrée au bacille de Lœffler. C'est ainsi que M. le Dr Charles Lesieur, dans sa thèse inaugurale, rapporte trois cas de coryza diphtérique survenus chez des typhiques (service du Dr Josserand, Hôtel-Dieu, février et mars 1900); or, sur ces trois cas, il y eut un décès et deux guérisons. Dans un cas rapporté par de Montmollin (observation sur la fièvre typhoïde de l'enfance, thèse de Bâle, 1885), le coryza survint au quinzième jour de la maladie primitive.

Beaucoup d'autres maladies peuvent servir de cause à l'affection dont nous parlons : ce sont, en général, toutes celles qui ont une action débilitante sur l'organisme : la *varicelle* chez les nourrissons, la *tuberculose*, les *affections broncho-pu'monaires*, la *gastro-entérite*, l'*athrepsie*, etc.

3^o) *Certaines affections locales.* — a) *affections chroniques.* — C'est au premier chef le catarrhe chronique de la pituitaire. Vansant a trouvé dans une très large proportion de catarrhe chronique nasal, les sécrétions infectées par le bacille diphtérique, particulièrement dans les cas de rhinite atrophique, de rhinite purulente et de syphilis nasale. L'ozène est aussi une cause favorisante de premier ordre.

b) *affections aiguës.* — Il est, sans contredit, qu'une lésion locale qui fait brèche à la pituitaire facilite l'implantation du germe diphtérique. Par conséquent, les lésions ulcéreuses du nez, syphilitiques ou scrofuleuses doivent avoir leur part dans l'étiologie du coryza diphtérique d'emblée. Parfois il s'agit d'un traumatisme opératoire : dans un cas de Johnston, par exemple, il s'agissait de l'ablation d'un polype, dans d'autres cas, il s'agit d'interventions diverses, telles que cautérisations galvaniques ou chimiques. D'autres fois, il peut s'agir simplement d'un traumatisme accidentel, et même comme dans un cas de Pluder (uber rhinitis fibrinosa. *Deutsche Med. Woch.*, 1896, n^os 44 et 46) d'une simple irritation due au séjour d'un corps étranger : il s'agissait dans ce cas d'un morceau de bouchon.

CHAPITRE III

Du coryza diphtérique primitif ou isolé

Ce sont surtout les rhinologistes qui ont le plus souvent occasion d'observer le coryza couenneux isolé. Toutefois, dans l'espace de nos six mois d'externat dans le service de M. le Dr Rabot, nous avons pu voir plus de quinze cas de coryza diphtérique primitif : ce n'est pas que ce fait soit nouveau, puisque beaucoup de cliniciens en ont signalé des exemples.

Néanmoins, ce n'est pour la première fois qu'en 1861, que Jenner parle de la diphtérie purement nasale ; Billard (Traité des maladies des nouveau-nés, Paris, 1853), quelques années auparavant, ayant rencontré dans les fosses nasales des enfants nouveau-nés atteints de coryza, des concrétions pseudo-membraneuses qui amenèrent la mort « en

méconnut la nature, puisque la présence de cet exsudat lui servit même d'argument contre Bretonnea 1, pour nier l'autonomie, la spécificité de la fausse membrane diphtérique. » Quant à Bretonneau, il n'étudia la diphtérie nasale, qu'en tant que point de départ de l'angine et du croup et ne parla pas du coryza couenneux isolé.

Après Jenner, en 1868, Orr (Cases of nasal diphtheria, *Glasgow Medical Journal*, 1868-1869), et Gairdner (A case of nasal diphtheria, *Glasgow Medical Journal*, 1868-1869, p. 395), en observèrent quatre cas.

C'est alors que les rhinologistes allemands créent une nouvelle maladie étiquetée : *rhinite fibrineuse* ou *croup de la muqueuse nasale*, et il ne faut rien moins que les travaux remarquables de Klebs (1883); Loeffler (1884); Roux et Yersin (1888) pour ébranler le dualisme anatomo-pathologique de ces derniers qui faisaient de la diphtérie nasale et « du croup nasal », ou soi-disant rhinite fibrineuse, deux affections absolument distinctes.

Alors de nombreux travaux parurent sur cette question. On s'aperçut que beaucoup de coryzas aigus ou chroniques contenaient des bacilles diphtériques ou pseudo-diphtériques. Belfonti et Della Vedova (Rapport à l'Académie royale de médecine de Turin, 1895) ont même trouvé dans les croûtes de l'ozène un bacille proche parent du diphtérique, tuant le cobaye, mais ne poussant qu'en vingt-quatre ou trente-six heures sur sérum.

« Cependant, les partisans de l'autonomie de la

rhinite pseudo-membraneuse ne se tinrent pas pour battus ; ils reprirent les mêmes recherches et dans un certain nombre de cas, ne trouvèrent pas le microbe de la diphtérie (Abel, Stark, Ritter (1892); Sedziack (1893); Haussmann (1895). Pour eux, dès lors, la rhinite fibrineuse est une entité morbide définie et bien établie. Bien plus, ils vont même jusqu'à alléguer que, dans les cas où le bacille fut rencontré, il n'y avait eu que simple coïncidence, le micro-organisme pouvant vivre dans le nez à l'état de saprophyte. »

Evidemment, le bacille de Loeffler peut vivre en saprophyte sur la pituitaire, comme sur la muqueuse qui tapisse le fond du pharynx ou les amygdales, mais dans ces cas alors, il n'y a pas de fausses membranes, car, comme nous l'avons déjà dit, suivant Gerber et Podack, quand, dans le nez ou la gorge, on trouve à la fois du bacille et des fausses membranes, on est en droit de conclure à la diphtérie.

Par conséquent « la prétendue rhinite fibrineuse n'est plus qu'un vain fantôme qui doit disparaître du cadre de la nosologie. Peut-être existe-t-il parfois des coryzas pseudo-membraneux qui ne sont pas de nature diphtérique : c'est très possible, puisqu'il existe des angines pseudo-membraneuses à streptocoques, à pneumocoques, à coccus Brisou..... Mais s'il existe, en théorie, un coryza diphtérique et un coryza non diphtérique, il ne faut pas oublier que l'un par rapport à l'autre est d'une extrême rareté et que pratiquement, c'est pour le nez comme pour la gorge, la diphtérie qu'il faut toujours sus-

pecter, quand on y rencontre une fausse membrane. » Quoiqu'il en soit, aujourd'hui, la discussion est close et tous les cliniciens, après les travaux d'Eemann, de Pluder, de Morf, de Schlichter, de Czemetschka et Riether, de Grenet et Lesné sont d'accord pour admettre la fréquence de la diphtérie nasale.

Ce sont les nourrissons et les enfants qui lui paient le plus lourd tribut : telle est l'opinion de M. le professeur Hutinel et de M. le Dr Sevestre, et si M. le Dr Rabot a pu dire : « la diphtérie est une affection bien plus fréquente qu'on ne le croit, pour ma part, je suis persuadé que nous n'en connaissons absolument que les cas graves, la forme la plus accentuée », ces paroles doivent s'entendre également du coryza diphtérique chez les jeunes sujets ; « Le propre de la diphtérie du nouveau-né et du nourrisson est d'être extrêmement insidieuse, au point que, si la maladie reste cantonnée dans les fosses nasales sans se propager au pharynx ni au larynx, un observateur non prévenu ne reconnaîtra pas la nature réelle de la maladie. » C'est ainsi que Eemann (Société belge d'otologie et de laryngologie, 1896) ayant observé six cas de diphtérie nasale primaire, sans extension au voisinage, vit cette affection disparaître spontanément en quelques semaines, comme s'il se fût agi d'un simple rhume de cerveau. Ceci montre avec quelle allure trompeuse peut évoluer la diphtérie nasale chez l'enfant, de sorte qu'il peut arriver, comme le dit Barbier dans son traité sur la diphtérie « qu'appelé auprès d'un enfant qui présente du croup, on cherche dans la gorge,

sans pouvoir les rencontrer, les traces de pseudo-membranes, elles n'existent pas : c'est le croup d'emblée. Peut-être, le plus souvent, y avait-il eu, les jours précédents, une plaquette inaperçue cachée dans une crypte amygdalienne par exemple, ou *un peu d'enchifrènement nasal qui a passé inaperçu et qui s'accompagne d'un léger jetage muqueux qu'on peut faire soudre par la pression de la narine.* »

Si donc un praticien distingué a pu dire que « les parties pour lesquelles la diphtérie a le plus d'affinité sont la gorge et le larynx », ceci ne peut évidemment s'appliquer aux sujets de tout âge, car tous les grands cliniciens de l'époque actuelle sont unanimes à proclamer l'extrême fréquence du coryza diphtérique primitif chez les enfants du premier âge, l'angine ou le croup n'étant bien souvent qu'une manifestation secondaire à cette première localisation.

CHAPITRE IV

Coryza secondaire à l'apparition d'une angine diphtérique ou diphtérie naso-pharyngée.

Il n'est pas de complication plus fréquente, au cours de l'angine diphtérique, que l'extension aux fosses nasales du processus morbide. C'est aussi parfois une des plus alarmantes, car s'il peut exister une diphtérie nasale isolée à forme maligne, la diphtérie naso-pharyngée revêt souvent un caractère infectieux des plus graves. D'après Roger et Peter, l'envahissement du nez aurait lieu le troisième ou le quatrième jour de l'angine. C'est là une donnée moyenne, car il peut se faire plus ou moins tôt, suivant l'intensité de la maladie déjà existante ; c'est ainsi que Valleix et Henri Blache furent emportés en moins de 48 heures, par une angine diphtérique rapidement

accompagnée de coryza ; « les symptômes généraux, déjà très sérieux, de par la manifestation pharyngée première en date reçoivent du fait de l'envahissement du nez un terrible coup de fouet. La pâleur est extrême, avec un reflet cyanotique, l'adynamie profonde. La température élevée. Le pouls fréquent et misérable ; les urines sont rares et renferment de l'albumine ».

Ce tableau clinique montre assez de quel pronostic est l'apparition d'une telle complication !

« Il faut se méfier des angines diphtériques accompagnées de diphtérie nasale, dit, en effet, le professeur Dieulafoy dans son traité de pathologie interne (Art. Diphtérie). »

« On reconnaît la vitalité et la prolifération exubérantes du bacille spécifique, dit Bourges, à l'extension rapide des fausses membranes qui, après avoir tapissé toute l'arrière-gorge, remontent dans les fosses nasales pour s'étendre ensuite au larynx et aux bronches. le coryza pseudo-membraneux est toujours d'un mauvais pronostic, car il témoigne de l'intensité de l'infection. »

Trousseau considérait la diphtérie nasale comme étant presque toujours mortelle :

« De toutes les manifestations de la maladie, disait-il, celle qui a lieu vers la muqueuse olfactive est la plus alarmante. Sur vingt individus atteints de diphtérie nasale, dix-neuf succombent, tandis que sur vingt affectés de croup, on peut en sauver un certain nombre par la trachéotomie. »

Les observations ultérieures ont peut-être un peu

atténué la sévérité de ce jugement, car comme le dit le Dr Pierre Boulloche, si « le plus souvent, cette localisation de la diphtérie a une grande gravité, il est des cas où elle n'implique pas un caractère particulier de malignité ». Le Dr Raymond Glatard s'exprime ainsi au sujet de la gravité « de la diphtérie nasale par propagation » : « Existe-t-il, en dépit des sombres assertions de Trousseau, une forme bénigne des diphtéries pharyngées propagées aux fosses nasales ? Théoriquement, cela doit exister : pratiquement, la chose est difficile à constater. Il n'est pas rare dans les services spéciaux des hôpitaux parisiens de voir des angines diphtériques s'accompagner de manifestations nasales, sans importance d'ailleurs, mais très nettes. C'est tantôt un coryza séreux, avec rougeur légère du sillon naso-labial ; ou bien, on trouve une croûte sèche qui obstrue en partie une narine et qui, enlevée, laisse voir une petite exulcération cutanée ou cutanéomuqueuse, en même temps que la membrane de Schneider est un peu rouge.

Mais s'agit-il, dans ces cas, de diphtéries pharyngées propagées au nez ou, au contraire, de diphtéries pharyngées à début nasal, c'est ce qu'il n'est pas aisé de différencier ! » Il est certain que dans la majorité des cas, les symptômes infectieux sont très prononcés.

Si l'on en croyait ces paroles de Francotte, qu'« après cinq ou six ans, la diphtérie a peu de tendance à se propager aux fosses nasales, que sur un nombre considérable de cas de diphtéries, l'œrtel ne

se souvient que de deux, où, après cet âge, il y eut extension au nez, celui d'une fille de 7 ans et d'une autre de 11 ans », on serait porté à croire qu'il n'y a que l'enfance qui soit ainsi exposée à subir les atteintes de cette propagation.

Combien est-il fréquent, au contraire, de voir chez des adultes atteints d'angine de mauvaise nature, apparaître, précédé de quelques heures par une exacerbation de température et l'aggravation subite des symptômes généraux, un suintement nasal séreux, clair, en si petite quantité d'abord que pour constater son existence, il faut presser la narine dont on le voit sourdre goutte à goutte.

Rapidement, cet écoulement devient louche, sanieux, des filets de sang le raient de stries brunâtres et son odeur est très fétide.

Malgré le sombre tableau que nous venons de tracer de la diphtérie naso-pharyngée, il est nécessaire cependant d'établir des distinctions basées sur les différents caractères de bénignité ou de malignité que peut prendre l'angine diphtérique, car il faut bien admettre que les manifestations nasales sont directement sous sa dépendance.

Or, actuellement, les auteurs reconnaissent à la diphtérie, trois formes principales :

Une forme bénigne.

» toxique.

» hypertoxique.

Dans la forme bénigne, la fausse membrane est limitée, ses dimensions restreintes et la faible ten-

dance de celle-ci à l'extension caractérisent ce genre de diphtérie. Presque toujours, elle reste confinée dans l'arrière gorge. Le larynx seul fait exception, car elle peut y pénétrer en gagnant du terrain pied à pied, mais jamais elle n'apparaît dans les fosses nasales.

S'il survient un coryza, c'est le plus souvent un coryza séreux, qui se tarit au bout de quelques jours.

Il est donc inutile d'insister beaucoup sur cette forme, puisqu'en général, les fausses membranes ne gagnent pas la pituitaire.

C'est tout autrement que les choses se passent dans la forme toxique. Loin d'être limité comme dans la forme précédente, l'exsudat s'étale largement. S'il a débuté par la gorge, il gagne rapidement les fosses nasales. A un degré moins élevé cependant, le mal procède plus lentement et ce n'est qu'après s'être cantonné dans la gorge pendant plusieurs jours avec toutes les apparences de la bénignité qu'il s'étend brusquement, quelquefois en moins de 24 heures, aux fosses nasales. Il en est ainsi dans l'angine toxique de Grancher, où les malades finissent par prendre du coryza, coryza couenneux dans toute l'acception du mot, avec enchifrènement sans jetage.

Mais très souvent, la diphtérie des adultes prend la forme hypertoxique : tout se déroule alors avec une effrayante rapidité : les fausses membranes se reproduisent incessamment, et gagnent presque toujours le nez d'une façon précoce : ce fut par exemple le cas de Valleix. Il s'écoule alors par les fosses

nasales une sérosité jaunâtre, d'une odeur repoussante, écoulement séro-purulent qui rougit la peau environnante et que l'air traverse bruyamment pendant les deux temps de la respiration : souvent à peine quelques légères fausses membranes à la gorge peu apparentes : et cependant état général très grave, collapsus et mort quelquefois après 20 heures seulement de maladie : telle est l'évolution du mal dans cette variété de la forme hypertoxique que les cliniciens ont, à juste titre, dénommée foudroyante,

Il y a une deuxième variété, appelée insidieuse à cause de la bénignité trompeuse de son début : le nez également n'y est pas épargné ; la pituitaire prend souvent un aspect gangréneux, qui peut, du reste, devenir aussi parfois le propre de la variété précédente, aspect violacé et saignant, accompagné d'une odeur presque repoussante. Cet aspect de la muqueuse nasale annonce les épistaxis, complication fréquente au cours du coryza diphtérique par propagation.

Ces épistaxis n'attendent pas toujours la chute des fausses membranes pour se produire : elles surviennent quelquefois au début, sans qu'il y ait encore de coryza et appartiennent réellement à la période prodromique, toutefois si elles peuvent apparaître avant le coryza, elles sont souvent une de ses complications les plus graves : car, si parfois, elles sont peu abondantes et limitées à un suintement qui brunit l'écoulement, elles peuvent prendre l'importance d'une véritable hémorrhagie. Sanné a vu un cas de mort par épistaxis au cours d'une diphtérie nasale au début. Les hémophiliques peuvent ainsi succomber à

la suite d'épistaxis répétées. Quand les pertes de sang se font par les choanes, on peut croire à une hémorrhagie du fond de la gorge, alors qu'en réalité c'est la pituitaire qu'il faut incriminer : Greiffenhagen (St-Petersburger, *Medicinische Wochenschrift*, 1895, n° 13, p. 120) a cité un cas semblable.

Néanmoins, ce qu'il convient de savoir, c'est que les épistaxis de la période prodromique sont les plus graves : « l'épistaxis, dit Sanné, est d'autant plus redoutable qu'elle apparaît à une époque plus rapprochée du début ».

« Dans la forme foudroyante de l'angine maligne, dit à son tour le D^r Pierre Boulloche, l'infection générale se traduit dès le début par des épistaxis ».

Ainsi une statistique de vingt-cinq cas d'épistaxis précoces avant l'apparition de tout coryza a donné vingt décès soit 80 0/0, onze cas d'épistaxis tardives, consécutives au coryza diphtérique ont donné huit décès soit 70 0/0.

Le Dr Gyotte, dans sa thèse inaugurale (thèse de Paris, 1897-98, n° 445) a réuni six observations de malades diphtériques ayant présenté des épistaxis précoces : sur ces six cas, il n'y eût qu'une seule guérison. Pour cet auteur, ces épistaxis sont un indice de toxoinfection grave de l'organisme. « Ces hémorrhagies, dit-il, sont d'une importance considérable au point de vue du pronostic, comme l'indique la gravité des cas dans lesquels nous les avons rencontrées ; elles sont évidemment un symptôme qui doit faire redouter une terminaison funeste (mort subite, accidents cardiaques mortels, etc.) ».

Voici les observations de quelques malades à qui nous avons vu prendre des épistaxis précoces :

OBSERVATION VI

B... Marie, 4 ans, entrée le 13 octobre 1902.

A eu une méningite à 2 mois, puis une pneumonie et la coqueluche.

Elle entre parce que depuis trois jours, elle a de la fièvre et de l'angine.

A son entrée, sa température oscille pendant un jour ou deux autour de 39°, puis retombe jusqu'à la normale.

Urines très albumineuses, ganglions sous-maxillaires très engorgés, surtout à gauche avec périadénite.

Fausse membranes jaunâtres sur la luette et le voile du palais.

Elle prend du croup le lendemain de son entrée qui nécessite le tubage, après lequel expulsion de grande fausse membrane de 0.05 cent.

Le 15, *elle a une épistaxis, son nez se met à couler, et bientôt jetage séro-purulent teinté de sang.*

Toutes les cultures faites ont été positives en faveur du grand bacille de Loeffler.

Le 16 octobre 1902, au milieu de la nuit, l'enfant mourut subitement de syncope.

OBSERVATION VII

J... Roger, 3 ans, entré le 23 septembre 1902.

N'a jamais présenté de maladies graves antérieures.

Il est malade depuis deux jours.

Il a présenté une céphalée intense, disent les parents ; s'est plaint de la gorge, *et a eu la veille de son entrée deux ou trois épistaxis assez abondantes.*

A son entrée, le visage du malade est très rouge. Anorexie complète. Température oscille autour de 38°. Les urines contiennent de l'albumine.

Enorme engorgement ganglionnaire sous-maxillaire gauche avec œdème péri-ganglionnaire.

Le fond de la gorge est très difficile à apercevoir même à l'aide de l'écarteur des mâchoires. Œdème de la luette. On voit d'épaisses fausses membranes recouvrant le voile du palais. Un examen un peu prolongé provoque des hémorrhagies. La dysphagie est très marquée.

Jetage séro-purulent teinté de sang par la narine gauche. Croûtes sanguinolentes obstruant la narine droite.

Le 23 septembre. — Quelques heures après son entrée, il présente encore *une épistaxis* dans le service.

La culture et l'examen microscopique dénotèrent la présence de grands et petits Lœfflers très virulents, à la fois, dans la gorge et le nez.

En présence de tous ces symptômes, on posa le diagnostic de diphtérie hypertoxique : l'enfant mourait le lendemain.

OBSERVATION VIII

V... Clémentine, 13 ans, entrée le 13 octobre 1902.

A eu dans son enfance la rougeole, la coqueluche, jamais d'autres maladies plus graves.

Le début de sa diphtérie s'est fait par de l'otalgie, des nausées, de la céphalée et *des épistaxis*, anorexie.

Température à son entrée oscille autour de 38°5.

Mauvais état général. Abattement. Tendance aux syncopes.

Gorge: fausses membranes jaunâtres, épaisses sur les deux

amygdales, le voile du palais, la luette, les deux piliers antérieurs.

Urines albumineuses.

Coryza séreux par les deux narines.

Cultures positives.

Le 15 octobre. — *La malade présente des crachements de sang, dont l'origine semblait provenir nettement des fosses nasales.*

Les 16 et 17 octobre. — *Ecoulement séro-sanguinolent par les deux narines.*

Le 18. — Vomissements. Refroidissement des extrémités. Les fausses membranes de la gorge sont en partie tombées.

Le 20. — On note : bruits du cœur irréguliers, ralentis. La malade est très pâle.

Le 23 novembre 1902. — La malade s'éteint dans le collapsus.

OBSERVATION IX

M.... Marie, femme A...., domestique, 26 ans, entrée le 10 octobre 1902. N'a jamais fait de maladies graves antérieures. Réglée à 18 ans, toujours régulièrement. Mariée à 24 ans, pas d'enfants.

Le début s'est fait par des vomissements, de la fièvre, une anorexie absolue, par de la céphalée, de l'otalgie droite *et plusieurs épistaxis.*

La température de la malade, à son entrée, oscille entre 39°2 et 39°6.

Les urines denses, très foncées, renferment une assez grande quantité d'albumine.

Fausses membranes jaunâtres, très épaisses sur le voile du palais et la luette.

Engorgement ganglionnaire bilatéral.

La malade est très abattue, a de la tendance à prendre des syncopes, son faciès très bouffi est rouge quand elle est couchée, il devient pâle dès qu'elle s'assied.

Pouls et cœur très rapides.

Le 11 octobre. — *Une épistaxis*, pas de coryza.

La culture décèle la présence de grands bacilles de Lœffler purs.

En présence de tous ces symptômes, on porta un pronostic très grave.

Le 16 octobre. — Sous l'influence du sérum et de l'hygiène, la malade alla mieux, les fausses membranes du début était presque totalement tombées.

Le 17. — Paralysie du voile du palais, déglutition très gênée.

Le 20 octobre. — Arythmie cardiaque. La malade, qui avait essayé de se lever, prend des syncopes. Vomissements. On lui fait des injections d'huile camphrée.

Le 25 octobre. — Tout semble aller mieux, mais amaigrissement très notable. Pâleur extrême du visage et des téguments. Elle a toujours de l'albumine dans ses urines.

A partir de ce moment jusqu'au 11 novembre 1902, époque à laquelle nous avons dû quitter le service des diphtéries, tous les symptômes qu'avait présentés jusqu'ici cette malade allèrent s'atténuant de plus en plus. Nous ne pouvons dire comment se termina sa diphtérie. En tout cas, à ce moment son albuminurie avait presque totalement disparu.

OBSERVATION X

R... Jean-Louis, 4 ans, entre le 19 septembre 1902.

N'a pas fait de maladies graves jusqu'ici, si ce n'est qu'à quatre mois il a eu une angine de nature indéterminée.

Il est souffrant depuis quelques jours.

A eu plusieurs épistaxis il y a 4 ou 5 jours.

On constate, à son entrée, quelques points blancs sur ses deux amygdales, ganglions engorgés à gauche à la région sous-maxillaire.

Il présente un jetage séro-sanguinolent par la narine droite; croûtes épaisses dans la narine gauche.

Une épistaxis le jour de son entrée.

Léger disque d'albumine dans les urines. Température : 38°5.

Ganglions et petits Lœfflers dans la culture du nez et de la gorge.

Le 21 septembre. — Tirage, on le tube.

Plusieurs tubages et retubages successifs les jours suivants.

Le 25 septembre. — Une nouvelle tentative de tubage étant impossible, trachéotomie. Bronchite pseudo-membraneuse.

Le 1^{er} octobre. — L'enfant respire normalement, n'est plus gêné. Le nez ne coule plus.

Le 9 octobre. — Ablation de la canule.

Le 10 octobre. — On apprend que l'enfant est mort dans la nuit de syncope respiratoire.

OBSERVATION XI

L... Eugène, 6 mois, entre le 22 août 1902.

Vient de St-Ferdinand, où il était soigné pour rougeole, coqueluche, impetigo.

Les deux amygdales sont recouvertes de fausses membranes verdâtres. Coryza purulent par narine droite, séreux

par narine gauche. La sœur du service d'où il vient raconte qu'il a eu *une grande épistaxis la veille*.

Température : 39°4 à son entrée.

Pas d'albumine dans les urines.

Toux opiniâtre.

La culture donne : grands et petits Lœfflers

Mort le 24 août 1902.

OBSERVATION XII

M..., Claudia, 5 ans, entre le 9 août 1902.

Elle a eu la scarlatine, la rougeole et la coqueluche. Lorsqu'elle entre, elle est malade depuis trois jours. Sa température est presque normale.

Examen de la gorge. — Fausses membranes très épaisses, blanc-grisâtre sur luette, deux amygdales et voile du palais. La malade répand autour d'elle une odeur très fétide. Engorgement ganglionnaire et œdème péri-ganglionnaire avec cou proconsulaire.

Facès pâle. Beaucoup d'albumine.

Léger écoulement séreux par la narine droite dont la culture est négative.

A présenté *une épistaxis* le jour de son entrée. La culture de la gorge dénote la présence de grands bacilles de Lœffler.

Dans la nuit du 9 au 10 août, on note *deux épistaxis*.

Dans la nuit du 12 au 13 août, on note *des épistaxis presque continues* toute la nuit.

On donne alors de fortes doses d'ergotine.

Dans la nuit du 13 au 14, *les épistaxis* sont moins abondantes.

Le 14 août. — Refroidissement des extrémités, pouls

ralenti à 68. Les bruits du cœur se perçoivent bien, ils sont réguliers, sans galop.

Le 15 août. — L'enfant est pâle, toujours refroidie. Le pouls est assez lent. Il n'y a pas de vomissements ni de douleurs abdominales.

Le 16 août. — Pouls meilleur, régulier. Léger bruit de galop au cœur.

Le 17 août. — Vomissements la nuit. Refroidissement des extrémités.

Mort à 11 heures du matin le 17 août

Ces quelques observations montrent assez de quelle valeur pronostique peuvent être, dans certains cas, les épistaxis du début chez les diphtériques. Quelquefois au lieu d'épistaxis véritables, il peut se faire à travers la muqueuse nasale simplement un suintement sanguin, et alors c'est l'aspect jus de réglisse du coryza qui est l'indice de la gravité de l'état du malade. Du reste, l'état de la pituitaire reflète celui de la gorge, ordinairement recouverte dans ce cas de mucosités sanglantes, de fausses membranes noirâtres, quelquefois même de sang pur. Trop souvent alors il se joint à cela le cou proconsulaire, les engorgements ganglionnaires énormes, le collapsus, en un mot, tout le cortège symptomatique des diphtériques les plus toxiques.

En somme, en présence d'une angine diphtérique, on ne doit jamais manquer d'examiner les fosses nasales, après avoir fait l'examen de la gorge ; on ne doit jamais oublier de rechercher s'il y a ou non du coryza — de s'inquiéter de sa nature (faire par con-

séquent une culture), de s'occuper de son degré d'intensité : écoulement quelquefois insignifiant, l'attention doit être néanmoins éveillée — on doit aller jusqu'à presser sur les ailes du nez, comme pour chercher à provoquer l'issue de fausses membranes ; leur aspect, leurs dimensions, leur épaisseur, leur forme même ne sont pas sans donner des renseignements précieux sur la marche plus ou moins envahissante du mal et en faire prévoir d'avance l'évolution « la virulencetoutespéciale du bacilleétant localement dénoncée par l'apparence putrilagineuse, parfois gangréneuse que prennent les fausses membranes » au dire de Bourges — d'autres fois, au contraire, écoulement abondant, séro-purulent, séro-sanguin, ou même complètement hémorrhagique, l'hésitation ne sera plus possible sur la gravité extrême de l'affection.

CHAPITRE V

Symptomatologie.

§ 1^{er}. — LE CORYZA DIPHTÉRIQUE A SA PÉRIODE INITIALE.

Rougeur de l'orifice des narines, enchifrènement, voix nasale, quelquefois mais d'une façon inconstante céphalalgie, le coryza diphtérique ne présente pas de symptômes plus frappants au début.

Mais bientôt, la respiration devient bruyante, ronflante, ses deux temps s'égalisent et déjà « la sécrétion de la membrane muqueuse pituitaire est augmentée, le malade mouche un peu plus souvent que d'habitude, le mucus sécrété est mêlé de sang en petite quantité et, le plus souvent, il y a en même temps des épistaxis (Trousseau). » Epistaxis qui furent maintes fois un indice de malignité de l'affection, comme nous venons de le voir dans le chapitre

précédent. Si l'on introduit alors le rhinoscope de Duplay derrière le voile du palais, on peut être frappé par la présence de fausses membranes qui revêtent la partie supérieure du pharynx et commencent à pénétrer dans les fosses nasales, quelquefois même dans le début, l'envahissement de ces dernières est complet. Et dans ce cas, si l'on entr'ouvre les narines, on les voit tapissées à l'intérieur de pseudo-membranes blanches, minces, destinées à changer de constitution, de forme et d'aspect, avec le cours de la maladie. D'autres fois, au contraire, c'est dans les sinus que l'exsudat diphtérique semble avoir élu domicile, il s'y blottit et il s'y cache, et par aucun procédé, on ne peut le mettre en évidence. Quel contraste alors avec le cas où le coryza est franchement couenneux et où « la fausse membrane débordant les narines, on la voit s'étendre sur l'extrémité inférieure de la cloison, elle peut même pousser plus loin et s'étaler sur la lèvre supérieure, les ailes du nez se tuméfient, la rougeur limitée dans le principe à leurs bords, monte et gagne le nez lui-même dont la peau devient tendue, luisante, érysipélateuse. Cette rougeur peut même s'étendre et gagner la face ».

Fréquemment les fausses membranes constituent toute l'affection, sans qu'aucun écoulement n'apparaisse : s'il apparaît, ce n'est qu'à la chute de ces dernières, précédé le plus ordinairement d'une légère hémorrhagie de la muqueuse. Un auteur allemand a pu citer six cas semblables où, pendant longtemps « les malades furent en chifrenés, sans avoir de fièvre, et

chez qui, il n'existait qu'une membrane à bacilles de Loeffler d'une virulence excessive. »

Dès le début du coryza diphtérique, on peut encore observer de l'injection conjonctivale et du larmolement, surtout si, comme le dit Trousseau : « le conduit nasal et les canaux lacrymaux sont obstrués par suite de la tuméfaction de la membrane muqueuse qui les tapisse », néanmoins, d'après Tézenas du Montcel, ces deux symptômes joints à la céphalalgie et à l'éternuement sont loin d'avoir ici la même valeur que dans le coryza banal.

La température est très variable : bien souvent même, elle manque totalement, d'autres fois, comme dans les cas de strepto-diphtérie nasale elle peut être au-dessous de la normale (Glatard), ce qui domine donc surtout, ce sont les phénomènes locaux et fonctionnels : gêne respiratoire, respiration du malade la bouche ouverte, érythème pharyngé, par suite de l'irritation due à cette respiration buccale continue, ronflement la nuit, écoulement nasal qui n'apparaît guère qu'au bout du deuxième ou troisième jour, dans les cas ordinaires de coryza diphtérique aigu. Cet écoulement dès le début a l'aspect d'un liquide clair et transparent, ou bien très légèrement louche ; il ne tache pas du tout les linges sur lesquels il se répand, ou bien y produit de très légères empreintes, un peu grisâtres, n'empesant que très imparfaitement les points qu'il a atteints ; ce coryza ne peut donc laisser à cette période aucun vestige sérieux de son passage qui puisse faire soupçonner son existence passée à un moment donné.

§ II. — CORYZA DIPHTÉRIQUE A LA PÉRIODE D'ÉTAT

C'est à cette dernière période du coryza diphtérique que l'écoulement qui le constitue est capable de produire des taches persistantes et presque caractéristiques. Cet écoulement qui était d'abord clair, devient louche, puis séro-purulent, enfin nettement purulent ; parfois strié de sang dans les formes graves, il est plus ou moins épais, plus ou moins sanieux ; il peut être très réduit, comme il peut être très abondant et constituer à proprement parler le jetage : tout ceci dépend évidemment de l'intensité du mal.

Ayant eu occasion d'observer un certain nombre de coryzas à cette période, nous avons pu observer aussi un certain nombre de taches produites par l'écoulement qui les constituait. C'est ainsi que chez un de nos malades (Tr... Léon, dont nous avons rapporté plus loin l'observation avec plus de détails), nous avons fait, au sujet des taches produites par son coryza, les remarques suivantes :

OBSERVATION XIII

Le 29 août. — Chute de fausse membrane nasale. *Écoulement séro-sanguinolent : la tache est celle d'un écoulement de cette nature c'est-à-dire rouge clair.*

Le 31 août. — L'écoulement est devenu séro-purulent.

Tache jaune très claire, empesant peu le linge, le tachant plus du côté positif que du côté négatif.

Le 1^{er} septembre. — *L'écoulement est nettement purulent, tache jaune foncé, tachant et empesant fortement le linge, face positive et négative également tachées.*

Le 2 septembre. — L'écoulement persiste, taches des plus nettes et des plus caractéristiques, *tache jaune verte, imprégnant complètement le linge* : face positive aussi colorée que face négative.

Enfin, le 3 septembre, l'écoulement était remplacé par des croûtes : nous ne pûmes plus observer de taches à partir de ce moment-là.

Chez ce deuxième malade, nous avons pu de même étudier l'écoulement narinaire :

OBSERVATION XIV

Fill. . . (Maurice-Louis), 3 ans. Entré le 2 septembre 1902.

A eu la rougeole il y a un mois et est resté souffrant depuis cette maladie.

Début de l'affection actuelle par mal de gorge, épistaxis, vomissements.

Pas de fièvre, pas d'albumine. La culture de la gorge reste négative.

La narine gauche étant le siège d'un écoulement de nature suspecte, une culture met en évidence au bout de 24 heures, la présence de grands bacilles diphtériques.

Le 4 septembre. — Ecoulement séro-purulent principalement séreux ; tache rosée avec reflets jaunâtres.

Le 5 septembre. — Ecoulement persiste, caractères de la tache identiques.

Le 7 septembre. — Ecoulement toujours séro-purulent, l'élément purulent semble prédominer : large tache grisâtre, contenant, à son centre, de nombreux dépôts jaunâtres.

Le 8 septembre. — Ecoulement séro-sanguinolent, tache grise un peu rosée sur les bords, avec quelques reflets jaunâtres.

Le 10 septembre. — L'écoulement et la tache reprennent les mêmes caractères qu'ils avaient les jours précédents.

Le 13 septembre. — L'écoulement a perdu, en partie, ses caractères : il est surtout séreux, très peu purulent ; large tache grise avec çà et là quelques pointes jaunes.

A partir de ce moment, l'écoulement commença à se tarir.

Le 20 septembre. — Culture absolument négative. Le coryza ne marque plus depuis déjà quelques jours.

Nous devons dire que, dans ce deuxième cas, les taches furent bien moins nettement caractéristiques que dans le premier cas que nous venons d'étudier. Cependant, elles étaient perceptibles et pouvaient, à elles seules encore, éveiller l'attention.

Voici le cas d'un troisième malade, entré le 11 octobre 1902 au service des diphtéries de la Charité de Lyon.

OBSERVATION XV

M..., Léon, 4 ans, est souffrant depuis une huitaine de jours, plus sérieusement malade depuis trois jours. Il a eu tous ces jours-ci une toux quinteuse, des épistaxis et des

vomissements. Il est envoyé pour écoulement suspect des narines.

La gorge est rouge sans fausses membranes, bien que la culture décèle la présence du bacille de Lœffler. Le malade semble abattu, a le faciès très pâle, présente une température de 39° 5, Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Écoulement narinaire reconnu diphtérique, après examen bactériologique.

Le 13 décembre, cet écoulement donne une tache jaune rosée.

Le 14 décembre, on obtient une tache jaunâtre entourée d'une large bordure grisâtre.

A partir de ce moment, il ne fut plus possible de recueillir de tache, son écoulement s'étant tari très rapidement. Il avait reçu trois injections de 20 cc. de sérum, l'une le 11, l'autre le 12, la troisième le 13 décembre 1902.

OBSERVATION XVI

Il s'agit maintenant d'un quatrième malade, entré le 19 septembre.

R... , Jean-Louis, 4 ans.

(Son observation est rapportée en détail au chapitre précédent).

Son angine, reconnue diphtérique, a débuté il y a quatre ou cinq jours. Il a eu plusieurs épistaxis.

Il présente actuellement un jetage séro-sanguinolent où pullule le grand bacille virulent.

Le 20 novembre, tache jaune rosée.

Le 21 novembre, tache jaune pâle très nette.

OBSERVATION XVII

Chez un cinquième malade (J... Roger, voir Obs. plus haut), entré le 23 novembre 1902; on fait dès le début le diagnostic de diphtérie hypertoxique, diagnostic rapidement confirmé par le décès de l'enfant; un jour après il présentait un jetage séro-sanguinolent par la narine gauche: la culture montra qu'il s'agissait d'une strepto-diphtérie de la gorge et du nez.

L'écoulement était surtout séreux, et la seule tache que nous pûmes recueillir était très étendue, grisâtre sur une grande surface, avec des espaces colorés en jaune à son intérieur, ce qui prouve que la coloration plus intense de la tache ne saurait avoir de valeur pronostique réelle.

OBSERVATION XVIII

Enfin, chez un sixième malade, dont nous avons rapporté plus haut l'histoire (Camille D...), l'écoulement avait l'aspect d'un ichor jaunâtre, et donna des taches jaune clair très pathognomoniques, sans liseré grisâtre, imprégnant complètement le linge et le tachant uniformément aussi bien à la face positive qu'à la face négative.

Dans tous ces cas, évidemment, la vue de ces taches n'a pas été sans attirer l'attention et, bien qu'on ne put se méprendre sur la nature de l'affec-

tion, on dut reconnaître qu'à côté de tant d'autres signes évidents, c'en était encore un qui, à l'exclusion des autres pouvait, dans certains cas, donner des indices précieux. M. le Dr Rabot, en présence d'un diphtérique, ne manquait jamais de les rechercher : il avait toujours soin de nous les faire remarquer, quand il les rencontrait.

Donner une description précise de la tache typique du coryza diphtérique, c'est chose peut-être difficile, à cause de la variabilité, d'aspect que peut revêtir l'écoulement même à cette deuxième période suivant les cas.

Cependant, après avoir vu un certain nombre de taches, nous croyons pouvoir dire que, dans les cas d'écoulements diphtériques parvenus à cette période, la couleur varie du jaune pâle, au jaune safran et au jaune verdâtre : mais ce qui les différencie de celle du coryza banal par exemple, c'est la façon dont elles impregnent l'étoffe sur laquelle elles sont répandues, de sorte que la coloration peut être la même sur l'une ou l'autre face : ceci tient à la nature de l'écoulement qui, dans le coryza diphtérique, est surtout séro-purulent, tandis que dans le coryza banal il est ordinairement muco-purulent, forme des dépôts qui se dessèchent à la surface du linge sans le pénétrer.

Dire cependant que beaucoup d'écoulements nasaux, indépendants du bacille de Loeffler, ne peuvent produire des taches d'aspect équivalent, serait exagéré, mais, comme, en général, c'est chez les enfants où l'on a le plus souvent lieu de suspecter la diphtérie et que, chez eux, on doit éliminer, à cause

de leur âge, une foule d'autres affections, pouvant donner des écoulements semblables, nous croyons que cet élément de diagnostic peut avoir parfois sa juste raison d'être.

Mais nous ferons remarquer que si le degré de coloration de la tache peut avoir une valeur pathogénomique, il n'a aucune valeur touchant le pronostic, car on a remarqué que si, dans les diphtéries nasales hypertoxiques, l'écoulement est épais, sanieux, il est moins franchement purulent que dans les formes de diphtérie pure : ainsi en est-il, dans tous les cas où il y a jetage : tel fut le cas de *J... Roger* (voir obs. XVII), où, malgré la gravité de sa diphtérie, la tache fut, de couleur grisâtre sur une grande étendue, tranchant peu sur le reste de l'étoffe : et si, dans tous ces cas, l'écoulement est surtout séreux, c'est à cause de l'inflammation intense des muqueuses qui sécrètent très abondamment, sécrétion qui se mêle au suintement purulent bien moins abondant des fosses nasales pour l'entraîner au dehors.

Dans les diphtéries nasales bénignes, l'écoulement peut ne pas avoir d'odeur, mais souvent, il est d'une odeur fade et désagréable. qui devient très fétide dans les formes graves : dans ce dernier cas, il y a ordinairement quelques épistaxis et l'entrée des narines peut être obstruée par des croûtes noirâtres, ce qui ajoute encore à la fétidité. L'abondance de cet écoulement étant parfois considérable, le malade va jusqu'à souiller plusieurs mouchoirs par jour. L'orifice des narines, la lèvre supérieure, et le sillon naso-labial s'excorient rapidement et le nez devient

gonflé et douloureux, au point de donner à l'enfant « un air de stupidité »

De plus, les fausses membranes, malgré l'écoulement, peuvent être très abondantes. Quant à la muqueuse pituitaire, dans les points où elle est libre de tout exsudat, elle est dépolie, d'aspect un peu velvétique, congestionnée et turgide.

Outre tous ces symptômes, il y a encore deux autres signes de la plus haute importance, sur lesquels Bretonneau insistait beaucoup :

C'est l'engorgement rétro-maxillaire du côté correspondant à la narine qui est le siège du coryza et la rougeur unilatérale de la lèvre supérieure, rougeur plus vive suivant l'intensité du catarrhe.

Les symptômes fonctionnels dont nous avons parlé à la période précédente se sont encore accentués à cette période.

L'état général, presque indemne dans les formes bénignes, est gravement atteint dans les formes malignes.

C'est ainsi que dans une observation de Orr, où il s'agit d'un enfant de 7 mois, brusquement atteint de coryza diphtérique avec gorge normale, ce qui frappa le plus l'auteur, ce furent les symptômes de toxémie et, en particulier, la pâleur et l'extrême prostration.

Dans une autre observation du même auteur (il s'agit du frère du malade précédent), on constate les mêmes signes avec, en outre, de l'albuminurie et des œdèmes.

Chez un malade de Holt, âgé de six mois, et atteint

de diphtérie naso-pharyngée, c'est le collapsus qui domine la scène avec l'albuminurie et les œdèmes, la mort survient dans l'adynamie.

Chez le malade de Blois, dont nous avons rapporté plus loin l'observation, ce qu'on remarque surtout c'est l'extrême faiblesse du malade.

L'élément fébrile, à cette seconde période, comme à la précédente, est des plus variables. On constate parfois même de l'hypothermie.

§ III. — COMMENT SE TERMINE LE CORYZA DIPHTÉRIQUE ?

Il y a trois modes d'évolution différents :

1^o *Le coryza peut guérir au bout d'un temps assez limité, quelques jours, rarement plus d'un mois à six semaines.* — Au bout de quelque temps, l'écoulement nasal diminue d'intensité, s'éclaircit, devient transparent et limpide, ne tache plus, il est bientôt remplacé par des croûtes, qui ne tardent pas à disparaître. Léger gonflement de la muqueuse, exco-riations cutanées en voie de cicatrisation, tels sont alors les seuls vestiges qui persistent encore. Les symptômes généraux ont rétrogradé, les phénomènes locaux et les troubles fonctionnels s'atténuent de plus en plus. Le plus ordinairement voilà quel est le mode de terminaison du coryza diphtérique aigu ; il peut ne pas durer plus de dix jours, d'autres fois, il dure jusqu'à six semaines.

2^o *Le coryza peut, sinon passer à la chronicité, se*

prolonger très longtemps. — Il semble que la conformation des fosses nasales ne soit pas sans jouer un certain rôle sur ces cas de coryza diphtérique prolongé, sur lesquels Isambert et Cadet de Gassicourt ont vraiment attiré l'attention et dont Morax, Pluder, Major, Concetti, Gérard-Marchand, Chauveau, Murdoch ont cité, eux aussi, plusieurs cas. Les recherches bactériologiques ont, en effet, montré que les nombreux replis formés par la muqueuse qui les tapisse, que les cavités qui leur sont adjacentes : antre d'Higmore, sinus frontal lui-même cloisonné et divisé en cavités secondaires, cellules ethmoïdales, sinus sphénoïdal, et même jusqu'à l'organe de Jacobson peuvent servir de refuge et d'habitat aux bacilles de Loeffler pendant très longtemps. Le Dr Wolf, qui a particulièrement étudié les cavités accessoires du nez chez les diphtériques, déclare que ces sinus représentent, à son avis, une magnifique étuve où la culture des bacilles est abondante ; ils se dégagent ensuite avec les mucosités du nez et c'est ce qui explique la longue persistance de la diphtérie nasale.

Et c'est ainsi que le professeur Dieulafoy a cru devoir écrire dans son traité de pathologie :

« D'après Tézenas, après une angine diphtérique, c'est dans les cavités nasales que le bacille persiste, alors que la cavité bucco-pharyngée n'en contient plus. Cette persistance du bacille dans les cavités nasales a duré jusqu'à 55 jours et tant que le bacille persiste, il traduit sa présence par un écoulement nasal, transparent, habituellement unilatéral ». Ce

même auteur écrit encore plus loin : « Cette persistance du bacille dans la cavité nasale est toujours associée à un écoulement nasal, clair et limpide qui ne se fait habituellement que par une seule narine. Tant que cet écoulement persiste on trouve des bacilles de Loeffler dans la cavité nasale, les bacilles disparaissent avec l'écoulement ».

Ces idées sont, du reste, celles qu'a émises Tézenas du Montcel lui-même, dans sa thèse parue à Lyon en 1894. Elles manquent peut-être un peu d'exactitude, croyons-nous pouvoir dire, étant données les constatations que nous avons pu faire nous-même.

La longue persistance du bacille dans les anfractuosités des fosses nasales, après une diphtérie, n'a pas lieu d'être mise en doute, elle est très variable suivant les cas : elle a été de 7 à 53 jours dans les onze observations de Tézenas du Montcel ; 32 à 42 jours, dans deux cas de Chauveau ; 49 jours (Sevestre et Méry) ; 55 jours (Treittel et Koppel) ; 56 jours (Abel et Townsend) ; 2 mois (Concetti et Brigs) ; 76 jours (Gerber et Podack) ; 62 et 105 jours (Glatard) ; 121 jours (Wolf) ; plusieurs années (Legendre et Pochon) — Nous-même, dans plusieurs cas, nous l'avons vu persister jusqu'à plus de 60 jours — mais, ce qu'il est permis de constater, c'est ce lien étroit et absolu qu'a voulu établir Tézenas du Montcel entre la persistance du bacille dans les fosses nasales et la présence du coryza.

Nous avons recherché systématiquement le bacille de Loeffler chez beaucoup de malades atteints d'angine diphtérique, qui ne présentaient pas trace

d'écoulement, et nous l'avons rencontré au moins dans 30 % des cas. Par contre dans 10 % des cas, nous devons dire que nous avons constaté des écoulements narinaux contenant tout autre bacille que celui de la diphtérie chez des malades possédant des angines diphtériques même graves. Nous avons aussi examiné un certain nombre de fosses nasales qui avaient présenté, à un moment donné, un écoulement riche en bacilles de Loeffler. Cet écoulement s'était tari depuis déjà un certain temps : n'empêche que le mucus nasal renfermait encore de nombreux germes pathogènes. Nous avons vu, de même, des écoulements persister malgré la disparition des bacilles.

Cependant certains faits cliniques, nettement constatés, doivent nous obliger à faire quelques réserves.

Etant donné plusieurs convalescents diphtériques, il peut arriver, en effet, que :

1^o) Les uns conservent dans leurs fosses nasales des germes pathogènes, sans présenter de coryza, nous venons de mettre ce fait en évidence.

2^o) Que les autres, au contraire, soient non seulement encore porteurs de bacilles mais qu'ils aient, très nettement, cette goutte nasale, claire, transparente, unilatérale, sur laquelle a tant insisté Tézenas du Montcel et cela, avec juste raison, comme nous allons le voir.

Quels sont, en effet, parmi ces sujets, les plus contagieux ?

Nous devons à l'obligeance de M. le docteur Rabot,

deux observations, qui sont des plus instructives à cet égard :

OBSERVATION XIX

C'était en 1890 : M. le docteur Rabot était déjà médecin du service des diphtéries de l'hospice de la Charité. A cette époque, dans le services des diphtériques, l'on n'y faisait pas de culture.

Entre à la salle Saint-Ferdinand (service du docteur Perret — médecine infantile) une fillette d'une douzaine d'années M. Marie. Elle vient de la rue Luizerne. Pour tout symptôme, elle ne présente qu'une conjonctivite unilatérale et du coryza du côté correspondant. Vu son mauvais état général, et sur l'insistance de ceux qui l'amènent, elle est admise.

Peu de jours après son entrée, elle prend une très légère angine. Pensant à de la diphtérie, le Dr Perret l'envoie dans le service du Dr Rabot. Elle y est reçue sans difficulté.

Mêmes symptômes qu'à son entrée : Conjonctivite. Blepharospasme. Photophobie du même côté. Goutte nasale, claire comme de l'eau de roche, incessante, se répandant partout. Légère angine, datant de deux jours.

A peine a-t-elle quitté Saint-Ferdinand que plusieurs cas de diphtérie mortels se déclarent.

Près d'un mois et demi s'était écoulé, et toute manifestation angineuse avait disparu, lorsque le Dr Rabot fait passer l'enfant dans un service de chirurgie, pensant que sa conjonctivite y serait mieux traitée.

Son coryza ne s'était pas amélioré et son nez coulait toujours abondamment !

A peine est-elle arrivée dans un nouveau service, qu'ap-

paraît une épidémie de diphtéries. Un grand nombre de malades sont pris d'angine diphtérique.

On évacue la salle, et la malade, paraissant indemne de toute manifestation loëflérienne est isolée avec d'autres, n'ayant pas encore subi la contagion, dans une salle particulière. Elle avait toujours sa goutte nasale!

Or, le fléau se déclara aussi bien parmi ce second groupe de malades, que parmi les précédents et il fut non moins meurtrier.

M..., Marie, elle-même, qui semble un peu souffrante, est dirigée sans retard dans le service des diphtéries : Cette enfant était depuis bientôt près de neuf mois à l'hospice de la Charité, passant d'un service dans un autre, de médecine, en chirurgie, de chirurgie dans les services d'isolement, sa présence dans un nouveau service coïncidant toujours avec une nouvelle épidémie de diphtérie, sans que l'on en saisisse bien la raison d'être.

Bref, le Dr Rabot, après un si long temps d'hospitalisation et devant la bénignité des symptômes présentés par la malade, se décide à la renvoyer. Son nez coulait toujours !

Or, à peine avait-elle gagné son orphelinat, que ses deux voisines de lit prenaient la diphtérie, et mouraient après avoir présenté les symptômes d'une angine des plus toxiques

Il s'agissait évidemment d'un cas de coryza diphtérique avec conjonctivite de même nature.

Nous tenons encore de M. le Dr Rabot l'observation suivante : elle est l'opposée de la précédente.

OBSERVATION XX

Dans une famille de Lyon, où il y a trois enfants, l'un d'eux prend la diphtérie. M. Rabot est appelé : l'enfant malade reçoit les soins que comporte son état.

Par mesures préventives, on fait une culture de la gorge et du nez des deux autres enfants.

Résultat :

Gorge = culture négative

Nez = — positive !

Pas la moindre trace de coryza !! immédiatement le traitement prophylactique est appliqué. sérum préventif, isolement, etc , etc.

Deux mois s'écoulent, et l'enfant atteint d'angine diphtérique est complètement guéri.

Culture du nez et de la gorge négatives !

Il n'en est pas de même, au contraire pour les deux enfants isolés, dont les narines sont encore remplies de beaux Loefflers. Des semaines et des mois se passent, le bacille de Loeffler persiste encore : c'est bientôt deux années d'isolement qu'il faut compter, et le microbe en question pullule encore avec la même abondance : mais jamais, à aucun moment, on n'a eu affaire à cet écoulement, clair, unilatéral persistant dont nous avons parlé, autrement dit, ces malades n'ont jamais eu de coryza ! !

Leur santé générale était excellente : aussi lassée de patience et mettant en doute les données de la bactériologie, la famille à laquelle ils appartiennent, se décide coûte que coûte à leur faire partager désormais la vie commune.

La vie familiale reprit donc, sans aucun souci du passé, et il fut étonnant de voir ces enfants, porteurs dans leurs fosses nasales de nombreux germes, mais qui n'avaient pas de coryza, ne donner la diphtérie à qui que ce soit !

C'est qu'en effet, la goutte nasale, chez les convalescents diphtériques, joue un grand rôle dans la transmission de l'affection. Etalée sur une lamelle et portée sous l'objectif du microscope, elle donne une des plus belles préparations de bacilles de Loeffler

que l'on puisse obtenir. C'est la plupart du temps au bacille pur que l'on a affaire dans ces cas là. Par conséquent, cet écoulement, que l'enfant essuie avec le dos de sa main, dont les gouttes tombent et se répandent partout, joue souvent un grand rôle dans l'étiologie de ces épidémies soudaines et que l'on avait autrefois beaucoup de peine à expliquer. Quant aux sujets simplement porteurs dans leurs narines de bacilles de Loeffler, après une diphtérie pharyngée, ils ont beaucoup moins de chance de répandre la contagion autour d'eux et cela pour deux raisons :

1^o) Ils n'ont pas cette goutte nasale incessante, susceptible de propager la diphtérie partout où elle tombe.

2^o) Le micro-organisme dont il s'agit dans ce cas est moins virulent que dans le premier, car le plus souvent, en effet, on a affaire à un bacille déformé, prenant mal le colorant, mélangé avec de nombreux micro-organismes étrangers dont on a quelquefois beaucoup de peine à les différencier et qui tendent à le remplacer.

Si donc Tézenas du Monctel n'a eu en vue que les cas de persistance du bacille avec coryza, c'est que n'envisageant exclusivement que la contagion, il s'était proposé de diriger toutes ses recherches dans ce sens : or, comme nous venons de le mettre en lumière, de deux convalescents diphtériques dont l'un est simplement porteur de bacilles et l'autre atteint de ce coryza persistant, clair, unilatéral, sur lequel a tant attiré l'attention l'auteur précité, c'est ce dernier qui, de beaucoup, est le plus contagieux : on

peut dire qu'il porte avec lui le germe de la maladie et qu'il peut le répandre partout où il passe.

De plus, chez le premier malade, le plus ordinairement, les bacilles ne tardent pas à disparaître, tandis que chez le deuxième, l'affection peut durer très longtemps puisqu'un malade dont parle Morax, dans sa thèse (Paris, 1864) promena pendant cinq ans son coryza, que le malade célèbre d'Isambert expulsa des pseudo-membranes pendant près de dix ans, qu'une malade de Murdoch fit six poussées aiguës successives de coryza diphtérique. Cette affection, ordinairement secondaire à une angine peut être primitive, puisqu'Enrico Mensi et Alipio Rondelli ont publié, dans la *Gazette Médicale* de Turin, en 1897, cinq observations de diphtérie primitive chronique du nez chez l'enfant, due à des bacilles de virulence variable. Toutefois, grâce à la sérothérapie, il est certain que ces cas deviennent de plus en plus rares.

3^o *Le coryza diphtérique peut entraîner la mort soit par lui-même, soit par ses complications.*

Nous avons suffisamment insisté précédemment sur la gravité des manifestations diphtériques nasopharyngées pour n'avoir pas à y revenir dans ce paragraphe.

Nous n'aurons donc en vue, ici, que le coryza, simple localisation nasale de la diphtérie.

Le professeur Weill, de Lyon, dans son traité de médecine infantile, parlant du coryza en général chez le nourrisson, s'exprime ainsi : « Chez le nou-

veau-né, le coryza prend un caractère de gravité spéciale. Il est bon, en effet, de savoir que fonctionnellement, le jeune enfant respire par le nez à l'exclusion de la bouche (Billard, Kusmaul) même pendant le sommeil, alors qu'il ouvre la bouche (Honsell). La base de la langue, pendant que l'enfant dort, s'accole au voile du palais. Aussi, pour peu que l'obstruction nasale soit marquée, ce qui arrive fréquemment grâce à l'étroitesse du conduit nasal, y a-t-il pendant le sommeil des accès de suffocation et, pendant la veille, des interruptions fréquentes et parfois même la suspension de la tétée ».

En outre, il est bon de dire que l'étroitesse du pharynx et, par suite, les troubles de la déglutition, favorisent le développement de lésions broncho-pulmonaires chez un nourrisson atteint de coryza.

Or si, dans un coryza banal, les faits se passent ainsi, que doit-il en être lorsqu'à un simple écoulement muqueux s'adjoignent d'épaisses fausses membranes ?

A vrai dire, l'évolution du coryza diphtérique chez le nourrisson sort peut-être un peu du cadre que nous venons de tracer ; voici, en effet, comment les choses se passent :

« On s'aperçoit peu à peu que la respiration de l'enfant est gênée et devient bruyante, le bébé prend difficilement le sein ou le refuse. Par moments, il a des accès de dyspnée tels qu'ils déterminent des convulsions. Bientôt apparaît un écoulement purulent très abondant. Le nez est un peu gonflé et ses ailes se dilatent à l'extrême à chaque inspiration. Puis une

somnolence continuelle s'empare de l'enfant dont les yeux restent constamment fermés (signe qu'on retrouve dans un grand nombre d'observations). Cette prostration persiste avec encore quelques accès convulsifs et la mort survient par asphyxie. La fièvre est souvent nulle durant toute la maladie » (Glatard). Samson et Hutinel ont rapporté l'observation de trois malades où l'affection évolua ainsi.

Le nouveau-né meurt donc surtout par asphyxie.

Toutefois, si l'on réfléchit que dans les cas de coryza diphtérique chez l'enfant plus âgé et l'adulte, le malade, pour respirer doit avoir continuellement la bouche entr'ouverte, qu'il en résulte par conséquent une sécheresse très grande de la muqueuse linguale ainsi que des dents et des lèvres qui prennent un aspect luisant et se recouvrent par place d'enduits épais, noirâtres et durcis, et une soif ardente qui, ajoutée aux autres causes d'affaiblissement par le poison diphtérique, vient encore épuiser le patient, on ne sera pas étonné de voir des sujets finir par succomber au cours d'une simple diphtérie nasale : De Blois a rapporté l'observation d'un cas de coryza diphtérique, concernant un adulte qui mourut trente-six heures après le premier examen : nous empruntons cette observation à la thèse de Glatard (Paris 1902).

OBSERVATION XXI

DE BLOIS. — *Loc. cit.*

DIPHTÉRIE NASALE, FORME HYPERTOXIQUE. — MORT.

« C'est le cas d'un adulte, trieur de laine, du nom de John H. . . , 40 ans. Il vint à notre observation, le 23 mars et fit le récit suivant : Deux jours auparavant, dans l'après-midi, il avait été saisi par une indisposition légère et à ce moment même il avait remarqué qu'il avait le cou raide et ne pouvait plus avaler sa salive. Néanmoins, il avait continué à travailler. Le lendemain, il avait éprouvé une grande difficulté pour respirer par le nez ; en outre, son cou le gênait beaucoup et il se décida à aller trouver un médecin.

« C'est un homme, robuste, vigoureux, de santé générale, en apparence bonne. A l'examen, on voit une couche continue de membranes diphtériques extrêmement denses et épaisses, qui s'étendent à partir de l'orifice des narines aussi loin que l'on peut voir. En arrière, elles ne dépassent point la voûte du pharynx. Pas de membranes dans le pharynx ni dans le larynx, le revêtement membraneux était le siège d'un écoulement aqueux, d'une fétidité intolérable. Il n'y avait pas d'obstacle à la respiration ; les symptômes fébriles étaient insignifiants. Le cou était très gonflé et paraissait causer une grande souffrance. On revit le malade le soir même : il allait certainement beaucoup plus mal et était vraiment d'une grande faiblesse. Le lendemain matin, il commença à décliner rapidement et il mourut, probablement intoxiqué, trente-six heures après le premier examen. »

Les deux cas de Orr, dont nous avons parlé précédemment furent également mortels.

Souvent, ce sont des épistaxis à répétition, qui entraînent une adynamie progressive et mettent l'organisme hors d'état de lutter plus longtemps contre l'infection.

La propagation au larynx peut s'accompagner d'accès de suffocation ou de bronchite pseudo-membraneuse mortels. Quand le coryza ne suit pas l'angine, il peut se compliquer de diphtérie pharyngée susceptible de revêtir tous les degrés possibles de gravité.

D'autres fois, c'est l'oreille moyenne qui se prend ou bien on voit apparaître des complications oculaires qui font craindre une méningite, dont il est facile de prévoir le pronostic.

Quand une diphtérie nasale survient au cours d'une maladie infectieuse telle que la rougeole, la scarlatine, la fièvre typhoïde ou la coqueluche, on doit craindre un dénouement fatal.

Les paralysies du voile du palais sont fréquentes au cours de cette affection et, alors, dans ce dernier cas, le malade, en raison des troubles de la déglutition qu'il présente, peut prendre une broncho-pneumonie de déglutition qui mettra rapidement ses jours en danger.

Une albuminurie intense se voit fréquemment et est souvent l'indice de lésions rénales très avancées, incompatibles avec une longue survie.

Il n'est pas jusqu'aux excoriations labiales qui puissent devenir le champ de nouvelles complications : elles peuvent être, en effet, l'origine d'un éry-

sipèle qui peut, lui-même, se terminer par une méningite.

Rappelons aussi que Cartaz a vu, sous l'influence d'un coryza diphtérique, apparaître, chez un adulte de 37 ans, des accidents syphilitiques tertiaires qui aboutirent, dans ce cas, à des perforations osseuses qui n'auraient pas été sans conséquence si, au lieu de siéger sur la cloison, elles eussent atteint la voûte du sinus sphénoïdal.

Enfin, disons, pour terminer, qu'une malade de Chauveau mourut d'endocardite infectieuse, à la suite d'un simple coryza diphtérique.

..

Nous venons de passer en revue, les différents symptômes que peut présenter le coryza diphtérique, en général. Il est difficile de les trouver tous réunis chez le même malade. Leur évolution même diffère notablement chez les uns et chez les autres. A ne prendre que celui de l'écoulement nasal, il peut rester séreux, depuis le début jusqu'à la fin ; d'autres fois, purulent dès le premier stade, il possède encore le même caractère à la période terminale. Ce dernier caractère est le propre du coryza du nouveau-né et du nourrisson. Tous ces symptômes sont variables de constance et d'intensité, suivant la forme de diphtérie à laquelle on a affaire.

Dans la forme bénigne ou diphtérie pure de Sevestre, on n'a d'autre tableau que celui d'un coryza aigu banal, quand il ne se fait pas de complications du côté du pharynx ou du larynx, ou que l'affection

ne se prolonge pas au-delà de quelques semaines.

Dans la forme maligne ou strepto-diphtérie de Sevestre, l'affection évolue insidieusement les premiers jours mais, peu à peu, tous les symptômes s'accroissent, tous prennent de l'importance et viennent affirmer le degré d'intoxication de l'organisme. La première forme est cependant la plus commune et les cas de guérison sont relativement les plus fréquents. Et, à part les faits, où des cicatrises vicieuses et des pertes de substance sont la conséquence d'ulcérations profondes, à part celui encore comme ceux dont ont parlé Hartmann et Seifert, où l'on a vu s'établir des sinéchies entre le septum et le cornet inférieur; à part ceux comme celui de Baumgarten où, à la suite d'un processus nécrotique, on a vu se produire une perforation de la cloison; à part ceux aussi comme celui d'Auton qui, après une diphtérie du rhino-pharynx, observa une oblitération cicatricielle de la trompe et ceux d'atrésie des cavités olfactives, à la suite d'un coryza diphtérique, très souvent, l'affection guérit sans laisser aucune trace de son passage : néanmoins, nous croyons qu'il y a peut-être des raisons de prétendre, avec Schmidhisen, que la diphtérie nasale, à forme prolongée, prédispose à l'ozène, à cause de l'atrophie possible des cornets ou même de leur disparition par nécrose, atrophie qui peut frapper également la muqueuse, diminuer, par conséquent, les sécrétions bactéricides qui baignent ces régions et favoriser ainsi le développement de micro-organismes très divers, cause d'affections variées.

CHAPITRE VI

Diagnostic

§ I. DIAGNOSTIC POSITIF

Le diagnostic du coryza diphtérique au cours d'une angine diphtérique offre, en général, peu de difficulté : quelques épistaxis prodromiques qui peuvent faire défaut, de l'enchifrènement, l'apparition d'un écoulement nasal, l'exacerbation soudaine des phénomènes généraux, tels sont les modes de début de l'affection. Cependant, un coryza ne peut-il pas apparaître brusquement au cours d'une angine diphtérique, sans que, pour cela, il soit diphtérique, autrement dit, l'inflammation ne peut-elle pas se propager de muqueuse à muqueuse indépendamment du bacille et des fausses membranes, se traduisant par de l'hypersécrétion de la pituitaire ?

Nous croyons avoir observé nettement des cas semblables, et nous n'en parlerions pas, si Concetti, Somers et Gzemetschká, n'avaient cité eux-mêmes des cas où la présence du bacille de Loeffler fut presque impossible à déceler, pendant la vie du malade, comme il arriva pour celui de Czemetschka (Ein fall von Rhinitis difterica bei einem Säuglinge. *Prager Medicinische Wosch*, 1894, nos 38 et 39), où, pendant la vie les cultures furent toutes négatives, alors qu'au contraire, après la mort, on constata de nombreux bacilles. Peut-être dans ces cas, comme dans ceux que nous avons pu observer, n'existait-il qu'une simple diphtérie du naso-pharynx, sans envahissement de la portion antérieure des fosses nasales, c'est pourquoi, pour la prise des cultures, nous conseillons de toujours introduire le fil de platine très profondément dans chaque narine.

Plus difficile est le diagnostic du coryza diphtérique apparaissant en tant que première localisation de la diphtérie. En présence d'un coryza aigu, c'est à la grippe qu'il faut songer chez l'adulte, à la rougeole ou à la diphtérie chez l'enfant, mais le plus souvent à cette dernière affection. Bretonneau donne deux excellents signes cliniques du coryza diphtérique que nous devons rappeler ici :

C'est en premier lieu, la sensation au doigt sous l'oreille, dans la région rétro-maxillaire d'un ou deux petits ganglions, et en second lieu la présence d'une rougeur érythémateuse unilatérale occupant la portion sous-nasale de la lèvre supérieure. Dans le coryza banal, en effet, cette rougeur serait bilatérale

(le coryza diphtérique, en effet, n'affecte le plus souvent qu'une seule narine).

L'examen rhinoscopique n'est pas absolument indispensable, car, outre ce moyen, et les deux signes précédents qui, certes, ont par eux-mêmes déjà beaucoup de valeur, nous croyons que l'aspect et la nature de l'écoulement peuvent, dans certains cas, fournir de très utiles renseignements, quand l'écoulement a l'aspect d'un ichor blanc jaunâtre, parfois quelque peu sanguinolent, tachant le linge en jaune clair, jaune verdâtre, jaune safran, jaune rougeâtre, écoulement reconnaissable aussi à son odeur *sui generis*, écoulement souvent incessant, en un mot, pour rapporter les propres expressions de Rilliet : « écoulement fétide, abondant, jaunâtre », aussi, quand de telles taches se trouvent répandues sur l'oreiller, les draps, le traversin, la chemise d'un malade, elles doivent faire penser à la diphtérie, elles peuvent être aussi, il est vrai, le fait d'une otorrhée, mais on n'aura qu'à interroger le malade ou son entourage, si c'est d'un enfant qu'il s'agit, pour éliminer facilement cette cause d'erreur.

La constatation des fausses membranes est souvent malaisée, si elles occupent le rhinopharynx, si elles sont très minces, elles peuvent même manquer, car sont-elles la caractéristique évidente du coryza diphtérique ? Bien loin de là, car comme le dit Veillon (*Semaine Médicale*, de 1893. La diphtérie, étude bactériologique ; application au diagnostic, à la pathogénie et au traitement), « il faut se garder de croire que la fausse membrane soit la caractéristique

de la diphtérie ; elle est simplement une lésion anatomique qui peut reconnaître des causes très diverses (agents chimiques, parasites variés entre autres staphylocoque doré, staphylocoque de l'érysipèle).

Toutefois, il faut reconnaître que si sa présence peut quelquefois tromper sur la nature de l'affection ; bien souvent aussi, sa constatation met sur la voie du diagnostic. Parfois même, le jetage peut être insignifiant et ce sont elles qui constituent le seul symptôme pathognomonique : « Dans ce cas, les malades respirent la bouche ouverte. Les dents, les lèvres et la langue sont alors desséchées. Nous appelons d'une manière toute particulière l'attention du praticien sur ces symptômes qui, en apparence, peu importants peuvent cependant donner l'éveil sur la nature de la maladie, dans le cas où l'écoulement nasal manque ». Telles sont les propres paroles de Rilliet et Barthez.

A part le coryza survenant au cours d'une angine diphtérique et ces cas de coryza isolé c'est-à-dire sans angine concomittante, mais dont l'aspect de l'écoulement éveille naturellement l'idée de leur nature, il y a encore des écoulements séreux, dont l'aspect ne rappelle aucunement celui de l'affection dont nous traitons. Ces coryzas sont ordinairement le reliquat d'angines diphtériques très bénignes ayant passé le plus souvent inaperçues : les productions membraneuses du fond de la gorge sont tombées, à peine un peu de rougeur, quelquefois un aspect dépouillé des amygdales : il y a là, évidemment une source de contagion, un diagnostic précis s'impose donc : les bacilles de la gorge peuvent avoir disparu,

mais leur persistance dans l'écoulement nasal fera faire un diagnostic rétrospectif, car le coryza diphtérique accompagne et suit souvent l'angine. Dans une statistique de 24 cas, sept fois le mucus des fosses nasales était et resta fertile, et il s'agissait de cas bénins.

Dans des cas semblables, c'est la bactériologie seule qui pourra trancher le diagnostic : tubes de sérum, étuve à 37-38°, microscope, tel est le matériel indispensable.

Se rappeler toujours qu'un résultat positif lèvera tous les doutes, qu'un résultat négatif sera, au contraire, une indication de recommencer plusieurs fois la culture, car il y a des cas où il est prudent de ne pas se fier au hasard d'un premier ensemencement. Tel un malade de Glatard où tantôt on trouve le Loeffler, tantôt on constate sa disparition.

17 décembre et 21 février, culture positive.

19 mars, culture négative.

2 avril, culture de nouveau positive.

Ces contradictions et ces bizarreries des cultures, plusieurs fois répétées chez un même individu, s'expliquent par la difficulté d'accès des cavités accessoires des fosses nasales, qui servent d'asile et d'abri au bacille de Loeffler.

Se rappeler de même que chaque fosse nasale devra avoir son ensemencement spécial, puisque, très souvent, l'affection est unilatérale.

De sorte, qu'à l'aide de l'étuve et du microscope et de quelques colorants, il sera toujours facile de trancher un diagnostic, impossible sans ces moyens et

aussi de confirmer l'exactitude d'un diagnostic cliniquement établi.

§ II. — DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

A côté du coryza diphtérique, se placent beaucoup d'autres espèces de coryzas qui peuvent en revêtir l'aspect clinique, ce sont ;

1° LE CORYZA AIGU DE L'ENFANCE. — « L'examen du nez, dans ce cas, révèle parfois des fausses membranes caractérisant une rhinite fibrineuse bénigne, qui a été opposée à la diphtérie nasale et guérit en deux ou trois semaines sans phénomènes généraux. La nature de cette dernière affection est encore discutable. Il existe de même, d'autres coryzas accompagnés de fausses membranes grisâtres, donnant lieu à un jetage abondant, fétide, rappelant, en un mot, le coryza diphtérique et qui sont indépendants du bacille de Lœffler. Il est indispensable, dans toutes ces formes néo-membraneuses du coryza, de faire des cultures (Weill, Coryza aigu de l'enfance. Précis de médecine infantile) ».

2° LE CORYZA AU COURS D'UNE ANGINE A STREPTOCOQUE. — Chez le streptococcique, en effet, on peut constater, comme chez le diphtérique, un écoulement nasal, muqueux, séro-sanguinolent, puriforme, avec rejet de lambeaux membraneux (Dieulafoy, traité de

pathologie interne). Il est évident que l'examen bactériologique lèvera tous les doutes à cet égard.

3^o LE CORYZA PSEUDO-MEMBRANEUX A PNEUMOCOQUES ET STAPHYLOCOQUES. — Abel et Stark, en effet, ont cité des cas où le pneumocoque et le staphylocoque étaient les seuls agents pathogènes. Lieven a entrepris, à cet égard, d'intéressantes expériences, ainsi que Maggiore et Gradenigo.

4^o LE CORYZA PSEUDO-MEMBRANEUX ARTIFICIEL. — On l'observe à la suite de cautérisations chimiques ou thermo-électriques chez certains sujets ; ce coryza fibrineux, dans la genèse duquel interviennent les microbes du nez (Lieven, Maggiore et Gradenigo), peut, d'ailleurs, si les fosses nasales renfermaient antérieurement du Loeffler, être un coryza diphtérique.

5^o LES MANIFESTATIONS NASALES DE LA BLENNHORRAGIE, possibles chez le nouveau-né, dont la mère présentait un écoulement gonorrhéique.

Rappelons, à ce propos, que le gonocoque ne prend pas le Gram, mais qu'il prend, d'une façon très intense, les couleurs basiques d'aniline. Il se colorera donc très bien par le bleu de Roux, qui colore également bien le bacille de Loeffler. La forme de ces deux microbes ne permettant pas de les confondre, il sera bon de commencer par ce dernier procédé de coloration, qui offrira l'avantage de ne jamais laisser passer inaperçu le bacille de Neisser,

lequel on ne s'attend généralement pas à rencontrer dans les fosses nasales.

6° LES MANIFESTATIONS NASALES DE LA MORVE. — La morve, en effet, détermine également un coryza spécifique : la muqueuse nasale est tuméfiée, excoriée, altérée, la respiration par le nez est impossible et des narines s'écoule un liquide sanieux, sanguinolent et fétide, qui peut en imposer parfois pour de la diphtérie, quand les éruptions cutanées ou les manifestations articulaires manquent ou n'ont pas encore apparu.

7° LE CORYZA MORBILLEUX OU CATARRHE NASAL DE LA ROUGEOLE. — Il pourrait prêter à confusion, sans les autres symptômes concomittants de cette maladie infectieuse. Cependant la coïncidence d'une diphtérie nasale et d'une éruption morbilliforme n'est pas absolument rare. Grenet et Lesné, Hutinel et Martin en ont cité des cas. Nous-même en avons vu plusieurs cas dans le service du D^r. Rabot, qui plus d'une fois, nous nous en souvenons, s'est demandé s'il s'agissait bien, dans tous ces cas, d'une rougeole venant compliquer une diphtérie ou bien d'une éruption de nature infectieuse provoquée par les toxines du bacille de Loeffler. Mais, le plus souvent, c'est au déclin de l'éruption ou de la convalescence que survient le coryza diphtérique.

8° LE CORYZA CHRONIQUE. — Associé ou non à l'herpétisme, à l'arthritisme, au lymphatisme caractérisé souvent par une rhinorrhée tantôt fluide, tantôt

épaisse avec muqueuse nasale encombrée de croûtes et mucus desséché, éruption impétigineuse ou eczémateuse de la lèvre supérieure. Ces cas prêtant à confusion, on devra faire une culture.

9° L'EMPYÈME DU SINUS MAXILLAIRE. — Il donne lieu à un écoulement de pus fétide, unilatéral, comme dans le coryza diphtérique. Mais à l'inspection du nez, pas de fausses membranes; de plus, on voit le pus sourdre dans le méat moyen où s'ouvre le sinus maxillaire; si on essuie le méat, une nouvelle goutte purulente se reforme peu d'instant après. Et, en pratiquant l'éclairage par transparence au moyen d'une lampe électrique, introduite dans la bouche, on constate que la région sous-orbitaire reste obscure (signe de Heryng); de même, la paroi interne de la fosse nasale correspondante (signe de Bürger).

10° LE CHANCRE SYPHILITIQUE NASAL peut se recouvrir de légères fausses membranes; on peut avoir affaire aussi à des plaques muqueuses également recouvertes de fausses membranes. Ces cas sont rares évidemment, mais ils peuvent se présenter.

11° LE PEMPHIGUS DE LA PITUITAIRE. — Nous ne parlerions pas de cette dernière affection, si nous n'avions lu quelque part que Zwillinger a décrit cette affection, du reste très rare. Dans ce cas, il serait étonnant de ne pas rencontrer sur une autre région quelques bulles pemphigoides, qui pussent faire songer à l'affection à laquelle on aurait affaire.

CHAPITRE VII

Traitement

§ I. — TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

a). Il convient de se rappeler que de deux malades, dont l'un est simplement porteur de bacilles diphtériques dans les fosses nasales et l'autre a cette goutte nasale, claire, transparente, unilatérale, dont nous avons déjà parlé plusieurs fois, c'est ce dernier qui est surtout à redouter au point de vue de la contagion. Le premier pourra vivre au milieu de ses semblables sans jamais faire éclater la diphtérie parmi eux; le deuxième devra être isolé sans retard, car il est capable de semer la maladie partout où il se trouvera.

b). Dans un milieu où règne la diphtérie, il faut inspecter non seulement les gorges, mais aussi les fosses nasales : injecter préventivement du sérum à

tous ceux qui présentent du coryza, les isoler séparément jusqu'à ce que soit connu le résultat des cultures.

c) Désinfecter les objets qui auront appartenu à tous ceux qui seront reconnus ou soupçonnés diphtériques.

§ II. — TRAITEMENT CURATIF

A. — QUE PENSER DU TRAITEMENT LOCAL ?

Il semble que jusqu'ici on ait abusé du traitement local dans toutes les manifestations diphtériques et à plus forte raison dans le coryza.

Actuellement, M. le Dr Rabot, dans son service de la Charité de Lyon, a presque complètement délaissé cette pratique illusoire.

En vain chercherait-on à détruire les fausses membranes... on ne peut y arriver sans léser plus ou moins la muqueuse sous-jacente déjà altérée, sans faire de nouvelles inoculations, sans provoquer des hémorragies et elles se régénèrent avec la plus grande rapidité ; pour cela on a employé tour à tour les caustiques chimiques, le galvano-cautère, les moyens mécaniques, et tous les praticiens ont fini par se convaincre que le mieux était de s'abstenir de les enlever. Le moyen le plus efficace serait de détruire la cause même du mal, le germe pathogène. Encore faut-il pouvoir l'atteindre !!! et, dans ce but, combien de solutions antiseptiques n'ont-elles pas été préconi-

sées, acide phénique à 1 0/0, acide salicylique à 2 0/00, eau oxygénée étendue, eau de chaux phéniquée à 1 0/0 qui joint aux propriétés antiseptiques l'avantage d'avoir une action dissolvante. Mais pratiquer des irrigations nasales chez les nouveau-nés et chez les tout jeunes enfants, il n'y faut pas songer. Et chez les adultes, bien qu'ils soient plus dociles, la méthode ne semble pratique qu'en apparence, car, s'il n'y a pas de complications voisines, il faudra veiller à ne pas aller infecter les trompes et l'oreille moyenne ou même le pharynx; veiller aussi à ce que le liquide ne ressorte pas par l'autre narine, si elle est saine, par conséquent modérer la pression du liquide; tout ceci demande une surveillance attentive de la part du médecin, c'est dire que le procédé peut être parfois dangereux; pour ces raisons, il est peu recommandable, donc, nous croyons juste de dire qu'en face de ces difficultés, le mieux est de n'agir qu'en cas de nécessité.

Evidemment, l'huile mentholée, la vaseline boriquée, le phénol sulforiciné, la cocaïnisation de la muqueuse nasale peuvent avoir de bons effets, soit en diminuant la gêne respiratoire du malade, soit en préservant les tissus contre l'action caustique des sécrétions avec lesquelles ils sont en contact, mais ce n'est là qu'une médication fort anodine.

A l'exemple de Samson, on pourra parfois intervenir chez les nouveau-nés pour parer à l'asphyxie menaçante, en introduisant dans les narines deux petits drains de caoutchouc qui pourront ainsi assurer le passage de l'air.

Des épistaxis peuvent se produire : dans ce cas, commencer par prescrire une potion d'ergotine — appliquer localement des tampons imbibés d'eau oxygénée — et si ces épistaxis se renouvellent trop abondantes, il faudra tamponner.

B. — SÉROTHÉRAPIE.

Toute la thérapeutique dont nous venons de parler n'est qu'une thérapeutique de symptômes, mais la seule vraie thérapeutique, la seule véritable, c'est la sérothérapie : « L'avenir de la thérapeutique de la diphtérie, dit à juste titre M. le Dr Rabot, dans un article du *Lyon Médical* de 1893, est dans la vaccination : faire de l'homme un rat qui se rit du bacille de Loeffler, du pseudo comme du vrai, ou dans le moyen de neutraliser les toxines sécrétées par la bactérie diphtérique ; inutile d'aller chercher ailleurs ».

Au point de vue rationnel, le sérum semble donc être le remède le plus efficace. La clinique l'a parfaitement démontré.

C'est ainsi que dans un cas de Temann, le sérum de Roux a paru raccourcir la durée de la maladie, que le Dr Thomas a observé cinq cas de rhinite à bacille de Loeffler, traités avec succès par le sérum anti-diphtérique (*Journal des Praticiens* du 18 août 1900).

Qu'il nous suffise de rapporter ici le résumé de l'observation des cinq malades en question :

OBSERVATION XXII

1^{er} cas. — Garçon de 4 ans, 26 avril 1899; eczéma du nez et des oreilles; le 8 mai, écoulement purulent par les deux narines, croûtes, rien à la gorge. Pas de fièvre. Bacilles de Lœffler purs à l'ensemencement. Sérum : 10 cc. Le 12 mai, amélioration. Bacilles courts. Encore 10 cc. de sérum. Le 15, nez dégagé. Le 17, le bacille persiste, badiageonnage des fosses nasales avec la solution iodo-iodurée. Le 27, examen négatif, guérison.

OBSERVATION XXIII

2^e cas. — Fille de 14 mois, écoulement purulent de la narine gauche. Depuis trois semaines, croûtes, exulcérations, abcès au niveau sterno-cléido-mastoidien gauche. Bacilles de Lœffler. 10 cc. de sérum le 23 septembre. Le 30, amélioration. Le 4 octobre, guérison.

OBSERVATION XXIV

3^e cas. — Fille de 3 ans, soignée pour diphtérie en mars 1899. Depuis un mois, écoulement narinaire jaunâtre, bords exulcérés et croûteux, pustules aux doigts. Le 16 octobre, bacilles de Lœffler moyens. On désinfecte le nez. Le 28 octobre, guérison.

OBSERVATION XXV

4^e cas. — Fille de 3 ans, coqueluche en mai 1899. Coryza depuis huit jours avec pus, épistaxis. Le 13 janvier, débris

de fausses membranes retirés de narine gauche (bacilles de Lœffler et staphylocoques). Sérum : 10 cc., le 15 janvier. Le 17, amélioration. Le 22, sérum. Le 10 février, bacilles de Lœffler persistants.

OBSERVATION XXVI

5^e cas. — Fille de 5 ans. Coryza en décembre 1899. Le 31 janvier, bacilles de Lœffler, 10 cc. de sérum. Le 6 février, guérison.

Dans quelles circonstances est-on appelé à faire du sérum, pour le coryza diphtérique? Plusieurs cas peuvent se présenter.

1^o Le plus ordinairement, il s'agit d'un malade atteint d'angine depuis un certain temps et chez lequel on voit apparaître un coryza. A-t-on déjà injecté pour l'angine, recommencer pour le coryza, car la quantité de toxine diphtérique accumulée dans l'organisme dépasse encore la quantité d'antitoxine déjà injectée, l'extension du mal le prouve : 40 cc.; 60 cc., suivant l'intensité du processus, en deux ou trois jours.

2^o Souvent, il s'agit d'un coryza suspect; faut-il, comme pour une angine suspecte, faire usage du sérum préventif : ne pas hésiter et injecter 20 cc. de sérum, quel que soit l'âge de l'enfant, en attendant le résultat de l'examen bactériologique.

3^o Le troisième cas est celui du coryza isolé c'est-à-dire sans angine. Les cinq observations du

Dr Thomas, nous ont démontré ce que pouvait le sérum dans ce cas. Il ne faudra donc pas hésiter à y recourir : recommencer même les injections à plusieurs jours d'intervalle, jusqu'à amélioration du sujet.

Sous l'influence du sérum, le bacille de Loeffler perd peu à peu de sa virulence, et il n'est pas rare de voir le bacille virulent se transformer et prendre insensiblement la forme et l'aspect du bacille très atténué.

Nous avons, du reste, observé nous-même et de la façon la plus évidente ce fait chez une de nos malades qui eut une angine grave, ayant du reste guéri, mais dont les fosses nasales furent pendant plus de deux mois le siège d'un écoulement clair, incessant, très riche, au début, en grands bacilles virulents qui, sans aucun doute, sous l'influence de la sérothérapie, s'atténuèrent par la suite, changèrent de forme (s'il ne faut pas toujours croire à un parallélisme absolu entre la longueur du microbe et sa virulence, il est exact de dire que, d'une façon générale, la virulence croît avec la longueur), changèrent de disposition les uns par rapport aux autres dans les préparations, se raréfièrent de plus en plus jusqu'à disparaître totalement.

Voici brièvement l'évolution suivie par le coryza chez la malade dont nous parlons :

OBSERVATION XXVII

M..., Suzanne, 4 ans. Entre le 6 août 1902, dans le service des diphtéries à la Charité de Lyon. D'après les parents, sa maladie aurait débuté par du coryza. On constate, en effet, à son entrée, un écoulement narinaire très marqué. Les deux amygdales hypertrophiées sont recouvertes de fausses membranes blanchâtres. Engorgement sous-maxillaire bilatéral. Langue recouverte d'un épais enduit blanc-jaunâtre. Otorrhée droite. Faciès très pâle. Prostration. Température élevée à son entrée. Pouls rapide. Cœur normal. Urines albumineuses. Culture de la gorge : grands et petits bacilles de Lœffler.

20 cc. de sérum à chacun des trois premiers jours de son entrée, soit 60 cc., au total.

Le 9 août. — Coryza revient très nettement purulent. Jusqu'ici l'écoulement avait été entièrement séreux.

La culture du nez donne : grands bacilles de Lœffler, très enchevêtrés, rappelant le type du bacille très virulent, ils sont réunis en amas isolés. Il y a çà et là dans la préparation quelques rares streptocoques et des cocci.

Le 24 août, l'angine a rétrocedé, le coryza n'est plus purulent, mais l'enfant est toujours très pâle et très affaiblie, ne mange pas, son nez est le siège d'un écoulement incessant, devenu séreux et on y rencontre encore les mêmes agents pathogènes c'est-à-dire que le grand bacille y prédomine.

On refait 40 cc. de sérum, c'est-à-dire 20 cc., deux jours de suite.

Le 7 septembre. — Nouvelle culture de l'écoulement nasal : on a affaire cette fois au Lœffler moyen, il n'y a plus d'enchevêtrement véritable des éléments microbiens. L'état général s'est, du reste, un peu amélioré.

Le 25 septembre, l'enfant qui, jusque là, avait été très faible et avait gardé continuellement le lit, commence à se lever dans le courant de la journée, mais son nez coule toujours très abondamment. Une nouvelle culture dénote la présence de très petits bacilles prenant mal le colorant, mélangés à de nombreux cocci, mais le grand bacille manque totalement. L'enfant quitte alors le service.

Nous citerons encore le fait d'un autre malade, chez qui, sous l'influence du sérum, nous avons vu un écoulement purulent des fosses nasales se tarir complètement en peu de jours et le bacille prendre, de ce chef, une forme atténuée des plus nettes.

OBSERVATION XXVIII

Tr.. Léon, trois ans, entre le 26 août 1902. Il y a dix jours que l'enfant est souffrant. Auparavant, il s'était toujours bien porté, n'avait du reste jamais fait de maladie grave antérieure. Début par épistaxis répétées, fièvre élevée. A son entrée, abattement, fièvre oscille autour de 38°, fausse membrane jaune-verte au sommet de l'amygdale droite, sur la gauche, strie verdâtre également au sommet, ganglions bilatéraux, urines foncées sans albumine. La narine gauche est le siège d'un écoulement séreux et on aperçoit par cette narine une fausse membrane d'aspect grisâtre, gêne respiratoire de ce côté. Abattement. Visage bouffi,

Culture de la gorge: grands bacilles de Loeffler purs.

Culture du nez: grands bacilles de Loeffler purs, avec enchevêtrement très marqué.

On fait 20 cc. de sérum.

Le 27 août. — Encore 20 cc. de sérum. Les fausses membranes commencent à se détacher au fond de la gorge.

Le 28 août. — Encore 20 cc. de sérum. L'enfant a la figure moins gonflée. Narine gauche coule moins. Persistance de la fausse membrane.

Le 30 août. — Chute de la fausse membrane. Epistaxis légère. Écoulement muco-sanguinolent.

Le 31 août et 1^{er} et 2 septembre. Écoulement nettement purulent par narine gauche.

Le 3 septembre. — Écoulement purulent remplacé par croûtes jaunâtres.

Les 4, 5, 6, 7, 8 septembre, état stationnaire.

Le 9 septembre. — Narines complètement libres, le malade n'est plus gêné pour respirer. Le mucus nasal, cultivé, dénote bien encore, il est vrai, la persistance de grands bacilles, mais ils ne sont plus enchevêtrés, et de plus, ils sont mêlés à de nombreux Lœfflers moyens et petits, qui ont probablement déjà subi une transformation.

A partir de ce moment, le malade, dont l'angine avait déjà rétrocedé, alla bien, n'eut plus de coryza véritable, si ce n'est à de rares intervalles un écoulement séreux, qui se tarissait rapidement. Les bacilles finissent par disparaître totalement et le 25 septembre, on ne trouva plus que des cocci et de très petits bacilles.

Etant donnée cette action indubitable du sérum à la fois sur l'écoulement nasal et sur le bacille qui en est l'agent causal, nous croyons devoir poser sinon comme certaine, au moins comme très probable son action sur ces cas de coryza diphtérique prolongé, ainsi appelé, à cause de leur durée indéfinie.

C. — OPPORTUNITÉ DU TRAITEMENT GÉNÉRAL.

On devra songer que de tels malades sont des intoxiqués, à des degrés différents, il est vrai, suivant l'intensité de l'affection. On devra donc chercher à mettre leur organisme en état de résister le mieux possible.

Par conséquent, bonne alimentation, suralimentation même pour lutter *contre l'infection*.

Toniques : potions de Todd, extrait de quinquina pour lutter contre l'abattement.

Caféine, injection d'huile camphrée (M. le Dr Rabot met surtout en usage ce dernier procédé dans son service) pour lutter contre le collapsus cardiaque.

CONCLUSIONS

I. — Le coryza diphtérique peut affecter deux modalités différentes :

Apparaître en dehors de toute manifestation diphtérique, du côté de la gorge, du larynx ou des bronches;

Ou bien venir compliquer par exemple une angine à bacilles de Lœffler.

Dans le premier cas, il s'agit du coryza diphtérique primitif ou isolé.

Dans le deuxième, du coryza diphtérique secondaire ou diphtérie naso-pharyngée.

II. — Les fosses nasales, par leur disposition anatomique, constituent un milieu des plus favorables au développement et à la population du bacille diphtérique ; les innombrables repris formés par la muqueuse qui en tapisse les cavités et arrière-cavités, la profondeur et difficulté d'accès de ces dernières, expliquent sa longue persistance dans certains cas.

III. — Ce qui caractérise la diphtérie nasale, c'est, avant tout, la présence de bacilles de Lœffler, mais, en même temps, l'existence d'un coryza ou si le coryza est peu marqué ou fait défaut, celle de fausses membranes ; on peut être porteur de bacilles diphté-

riques dans les fosses nasales, sans être atteint pour cela de coryza diphtérique.

IV. — Le coryza diphtérique primitif ou isolé, dans l'apparition duquel on ignore bien souvent quel est le véritable rôle de la contagion, rare chez l'adulte, est surtout fréquent chez les nouveau-nés et les enfants du premier âge. Le coryza secondaire apparaissant au cours d'une angine, précédé ou accompagné d'épistaxis, vient le plus souvent affirmer la malignité de l'affection première.

V. — Si la diphtérie nasale se manifeste parfois par des symptômes bruyants, elle évolue quelquefois aussi d'une façon latente et insidieuse, de sorte que cette maladie peut rester insoupçonnée ; or les taches de coryza répandues sur les linges ou les objets de literie du malade sont capables, à elles seules, d'éveiller l'attention et de conduire à un examen bactériologique qui lèvera tous les doutes.

VI. — Il faut distinguer, au coryza diphtérique, en général :

a). Une *forme bénigne* (diphtérie pure de Sevestre), qui guérit au bout de quelques jours, sans retentir gravement sur l'état général.

b). Une *forme maligne* (strepto-diphtérie de Sevestre) qui, par elle-même ou par des complications de voisinage, est susceptible d'entraîner la mort.

c). Une *forme prolongée, à tendance marquée à la chronicité*, qui, sans compromettre la santé de l'individu, peut cependant le rendre contagieux très long-

temps. De plus, sous l'influence d'une maladie intercurrente, il n'est pas étonnant de voir le bacille exalter sa virulence et donner lieu à une nouvelle poussée aiguë.

VII. — Au point de vue prophylactique, deux catégories d'individus :

1^o Ceux qui sont simplement porteurs de bacilles dans leurs narines, ils sont peu à craindre au point de vue de la contagion.

2^o Ceux qui, en outre, ont un écoulement nasal permanent ; vis-à-vis de ceux-là, il faut prendre des mesures préventives rigoureuses, car ceux-là principalement sont à redouter.

Sérothérapie, isolement, désinfection : tels sont les moyens immédiats.

Inspection des gorges et du nez, cultures, sérum préventif dans les cas douteux, telles sont les indications à remplir dans un milieu où ont séjourné de tels sujets.

VU :

Le Président de la Thèse,

WEILL.

VU :

Pour le Doyen :

L'Assesseur,

LACASSAGNE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 10 Février 1903.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

GABRIEL COMPAYRÉ.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
PRÉFACE	9
INTRODUCTION	11
CHAPITRE PREMIER. — Données anatomiques.....	19
CHAPITRE II. — Du Coryza diphtérique en général....	27
§ I ^{er} . — <i>Définition</i>	27
a). Coryza	29
b). Bacille de Lœffler.....	29
c). Pseudo-membrane diphtérique	32
§ II. — <i>Etiologie</i>	33
A). Causes directes ou contagion	34
B). Causes indirectes	50
a). Causes prédisposantes.....	50
b). Causes occasionnelles	55
CHAPITRE III. — Du Coryza diphtérique primitif ou isolé	59
CHAPITRE IV. — Coryza secondaire à l'apparition d'une angine diphtérique ou diphtérie naso-pharyngée..	65
CHAPITRE V. — <i>Symptomatologie</i>	81
§ I ^{er} . — Le Coryza diphtérique à sa période initiale	81
§ II. — Le Coryza diphtérique à sa période d'état.	84
§ III. — Comment se termine le coryza diphtérique	92
CHAPITRE VI. — <i>Diagnostic</i>	107
§ I ^{er} . — Diagnostic positif	107
§ II. — Diagnostic différentiel	112
CHAPITRE VII. — <i>Traitement</i>	117
§ I ^{er} . — Traitement prophylactique	117
§ II. — Traitement curatif	118
A). Que penser du traitement local?	118
B). Sérothérapie.....	120
C). Opportunité du traitement général.....	127
CONCLUSIONS.....	129

